


TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES ENFANTS,

DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A LA PUBERTÉ,

FONDÉ SUR DE NOMBREUSES OBSERVATIONS CLINIQUES ET SUR L'EXAMEN ET L'ANALYSE DES TRAVAUX DES AUTEURS QUI SE SONT OCCUPÉS DE CETTE PARTIE DE LA MÉDECINE,

Par E. A. J. BERTON,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, Chirurgien-A.-M. de la gendarmerie de la Seine, membre de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles;

Avec des Notes de M. le docteur Baron,

Médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés, etc.

DEUXIÈME ÉDITION.
ENTIÈREMENT REFONDUE.

Parvulis succurrere.

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17,
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1842.




la tête sur le dos, l'incliner sur l'une et l'autre épaule, et tourner la face vers les côtés, en lui faisant décrire un quart, et même un tiers de cercle ou environ ; mouvement qu'on appelle de *pivot* ou de *rotation*.

D. *Est-il bien nécessaire de connoître la forme, la structure et les dimensions de la tête du fœtus, ainsi que les mouvemens qu'elle peut exécuter ?*

R. Ces connoissances sont tellement liées à celles que nous avons établies sur le bassin de la femme, que sans elles ces dernières deviendroient inutiles : 1° d'après la forme de la tête du fœtus, nous voyons qu'elle ne peut traverser aisément le bassin, qu'autant qu'elle s'y engage en présentant une de ses extrémités ; savoir, l'occipitale, quand elle vient de la première ; et le menton, quand on amène l'enfant par les pieds.

2° D'après la structure du crâne nous concevons comment la tête peut passer à travers un bassin un peu resserré : comment en s'allong...

EXPLICATION DE LA PLANCHE VI.

FIGURE I.

Cette figure représente la tête du fœtus séparée du corps.

A. Le menton.
B. L'extrémité occipitale.
AB. Diamètre oblique occipito-mentonnier, le plus grand de tous les diamètres de la tête.
CC. Diamètre antéro-postérieur, appelé souvent, dans la suite de l'ouvrage, grand diamètre, ou occipito-frontal.
DD. Diamètre perpendiculaire, qui va du sommet à la base du crâne.

FIGURE II.

Cette figure représente le sommet de la tête.

A. Le haut du front.
B. Le haut de l'occiput.
CC. Diamètre antéro-postérieur, ou occipito-frontal.
DD. Diamètre transversal, ou petit diamètre.
E. La fontanelle antérieure.
F. La fontanelle postérieure.
G. La suture sagittale, ou médiane.
HH. La suture coronale.
I. La suture qui descend de la fontanelle antérieure à la racine du nez.
KK. La suture lambdoïde.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES ENFANTS.

Paris. — COSSON, imprimeur de l'Académie royale de médecine,
rue Saint-Germain-des-Prés, 9.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES ENFANTS,

DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A LA PUBERTÉ;

FONDÉ SUR DE NOMBREUSES OBSERVATIONS CLINIQUES
ET SUR
L'EXAMEN ET L'ANALYSE DES TRAVAUX DES AUTEURS
QUI SE SONT OCCUPÉS DE CETTE PARTIE DE LA MÉDECINE,

Par E.-A.-J. Berton,

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS, CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, CHIRURGIEN-A.-M. DE LA GENDARMERIE DE LA SEINE, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

AVEC DES NOTES DE M. LE DOCTEUR BARON,
Médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés, etc.

DEUXIÈME ÉDITION,
ENTIÈREMENT REFONDUE.

Parvulis succurrere.

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17;
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, RÉGENT-STREET.

1842.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

AVANT-PROPOS.

Il y a tout au plus un siècle que l'on a commencé à écrire des traités spéciaux sur les maladies des enfants ; plusieurs de ces ouvrages, bien que provenant d'hommes distingués, passent pour insuffisants et trop empreints de l'esprit des doctrines de l'époque où ils ont été publiés.

L'abandon de théories spéculatives, la direction des études vers l'observation et les moyens d'investigation plus nombreux et plus parfaits, ont amené des progrès réelsdans cette partie de la pathologie, qui plus particulièrement encore dans ces derniers temps a été professée, cultivée et enrichie d'une foule de matériaux neufs et de documents précieux.

Parmi les éléments anciens ou nouveaux, les faits bien observés et les principes exacts qui en découlent, sont de tous les temps, sont toujours appréciables, et doivent être recherchés et recueillis avec soin. Chaque système n'étant pas dépourvu de toute vérité, il faut d'ailleurs se garder de rejeter d'une manière subite, absolue et sans examen approfondi, toute opinion contradictoire ; se rappeler qu'il n'est d'éclectisme profitable, vrai, philosophique, que celui qui

se révèle par l'exploration et l'appréciation impartiale et incessante des doctrines et des faits.

C'est imbu de ces idées, c'est en puisant aux différentes sources, en les analysant, en les soumettant au contrôle de l'expérience clinique et des connaissances théoriques, en y joignant les produits de ses propres et consciencieuses recherches, que l'on peut espérer accomplir une tâche aussi grande qu'un traité spécial de pathologie.

C'est aussi cette voie que nous nous sommes efforcé de suivre dans la composition de cet ouvrage, où rien n'est établi sans être appuyé de l'autorité des faits, des documents et des noms, où rien n'est avancé qu'avec réserve, en regard des opinions adverses, et de façon à laisser prendre parti au lecteur, ou du moins à ne point violenter sa conviction.

Si quelques affections déjà maintes fois minutieusement décrites, n'occupent pas aussi longuement les chapitres de ce livre, que les parties de la pathologie qui nous ont semblé les plus inachevées, les moins en rapport avec les connaissances actuelles; ce que nous exposons néanmoins à leur égard, soit dans le paragraphe qui les concerne, soit en nous occupant d'autres maladies avec lesquelles elles ont quelques points de contact (car différentes parties de cet ouvrage se lient, se combinent, s'expliquent et se commentent), nous semble devoir suffire pour éclairer sur leur nature, leurs caractères et surtout sur les

particularités qu'elles présentent envisagées à l'époque de la vie dont nous nous occupons plus spécialement.

Nous avons commencé à nous livrer à ces études dès 1826 et 1827, à l'hôpital des Enfants-Malades, et nous n'avons cessé dès-lors de nous y adonner avec assiduité. Nous avons toujours recherché avec empressement soit dans notre pratique particulière, soit dans le cercle de nos confrères et amis, soit dans les corps militaires auxquels nous avons été attachés comme médecin depuis 1830 (garde municipale de Paris et gendarmerie de la Seine, corps qui renferment de nombreuses familles) toutes les occasions de poursuivre et d'étendre nos investigations.

Nous avons conservé les notes que M. le docteur Baron avait bien voulu nous communiquer lors de notre première édition, et l'intercalation du nom de leur auteur servira à les faire distinguer de celles qui nous appartiennent.

Nous nous plaisons à espérer que cet ouvrage, qui nous a coûté beaucoup de temps, de soins et de travail, sera favorablement accueilli, ne serait-ce qu'en raison de toutes les recherches qu'il a nécessitées et qu'il peut en quelque sorte éviter à d'autres : le succès même de notre précédente édition, épuisée en moins de quatre années, augmente cet espoir.

Rendu éminemment pratique par le grand nombre d'observations cliniques qu'il réunit, par le concours

et le résumé des opinions diverses, et par les développements thérapeutiques qu'il présente, ce nouveau Traité des maladies des enfants, plus que doublé et contenant des descriptions nosographiques nombreuses qui ne se trouvaient pas dans un *premier essai*, porte néanmoins le titre de *seconde édition*...... Nous avons d'autant plus besoin de prévenir de toutes ces circonstances, que, si l'on a le droit d'être exigeant au sujet même des détails secondaires d'un livre scientifique qui paraît d'une façon identique et pour la seconde fois, il est aussi des motifs d'indulgence quand il s'agit d'un travail long, pénible, consciencieux et neuf.

Paris, 20 octobre 1841.

TABLE DES CHAPITRES.

FIN DE LA TABLE DES CHAPITRES.

'est vers
paroît
atrice
ù est att
ruit aise
lle du c
sauroit
e chorio
en dehors
nne de
ie lame
que la
Qu'est-
C'est
parente
ie de d
aire trè
spèce
es eaux
Les me
les qu'
On pe
nios
nemb
dans
z l'ho
avec

ME
ièn
he
nt
tri
ail
'en
d
ca
l'o
og
1 o
ux
e c

us
'st
et
c
nc
;,
nt
1 s

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES ENFANTS.

CHAPITRE PREMIER.

Considérations sur les causes et la nature des maladies chez les enfants, sur les particularités qu'elles présentent, sur les tempéraments, les âges, les divisions de l'enfance, l'exploration clinique, la séméiotique, la dentition et ses accidents, la circulation, l'état du pouls, la thérapeutique en général et l'hygiène.

§ Ier. *Considérations générales.*

Les enfants sont destinés à remplacer les hommes; leurs intérêts sont ceux de l'avenir de l'humanité; il nous appartient à tous de consacrer le fruit de nos peines, de nos études, de notre expérience, au rétablissement et à la conservation de leur santé, à l'accroissement de leur bien-être, au développement de leur intelligence..... La moralité, l'importance de ces devoirs généraux, sont de toute évidence, et, par suite, l'est également la nécessité pour nous d'apporter une attention toute spéciale à l'étude des maladies de l'enfance; d'autant qu'à la succession des âges se rattachent des conditions physiologiques et pathologiques particulières de l'organisme, et que les règles médicales ordinaires, que celles applicables aux périodes suivantes, sont incomplètes et insuffisantes en ce qui touche la première époque de la vie. Mais il y aurait inconvénient non moins grand que dans le défaut contraire, à être

exclusivement adoné au soin des affections du jeune âge, car on se trouverait de la sorte privé de termes de comparaison précieux, et exposé à de graves mécomptes, quand on toucherait aux limites où disparaissent toutes distinctions.

Il demeure donc constant que la médecine des enfants exige certaines connaissances, certaine aptitude qu'il faut se donner la peine d'acquérir. La faiblesse générale, la dentition, la croissance, l'état rudimentaire, l'inertie de certains organes et fonctions d'organes, leurs évolutions, etc... constituent autant d'actes et de circonstances auxquels on ne peut en effet refuser une grande importance médicale. L'homme souffrant accuse son mal, en indique le siége, éclaire et dirige les recherches du médecin; l'enfant malade est taciturne, maussade, difficile, impatient, et le plus souvent résiste plutôt qu'il ne se prête à toute investigation; c'est pis, en quelque sorte, que de la médecine vétérinaire que l'on est appelé à faire auprès de lui. Quant aux causes, aux symptômes, à la marche des maladies, au genre de lésions, aux moyens à employer, combien, relativement à l'enfance, n'est-il pas de modifications à saisir, d'importantes distinctions à reconnaître! (1) Mais en admettant l'insuffisance réelle de l'entente même parfaite des maladies des adultes et des vieillards, pour connaître et soigner convenablement les maladies des enfants, il y aurait défaut contraire, exagération, et, par suite, erreur à prétendre que les maladies qui affligent les différents âges ne présentent, dans aucun cas,

(1) Que l'on veuille bien se persuader que la connaissance des maladies chez les enfants est ardue, et que chez des jeunes sujets qui joignent à une organisation faible naturellement, une grande activité des organes gastriques, une susceptibilité extrême du cerveau et de tous les organes de la dentition et de l'accroissement, le traitement est difficile. On s'abtiendra alors de remèdes vulgaires, de les traiter sans lumières pour les vers, pour l'humeur, etc.

Dans beaucoup de maladies d'enfants il n'y a rien à abandonner à la nature; elles auraient un mauvais régulateur auquel le médecin ne peut se fier. (Richard de Nancy, *Traité pratique des maladies des enfans*, Lyon, 1839, pag. 139 et xxxij.)

ni identité, ni analogie. On n'a pas généralement assez insisté sur tous ces différents points de contact et sur toutes ces dissemblances.

Au reste, quoiqu'on ait beaucoup écrit sur toutes les parties de l'art de guérir, les ouvrages sur les maladies de l'enfance sont bien moins nombreux que les autres, et la science, sous ce rapport, est, comparativement, beaucoup moins complète et avancée. Il n'y avait pas, autrefois, assez de distinctions faites entre les différentes périodes de la première époque de la vie; trop de dissemblances étaient établies entre les affections qui lui appartiennent et celles propres aux âges suivants. Il existait aussi une préoccupation trop grande, trop absolue, des circonstances d'un double phénomène, la dentition et les entozoaires. Une foule de symptômes étaient érigés en entités morbides, et la science d'observation, trop souvent remplacée par des théories imaginaires sur la cause, le principe et le traitement des maladies. Les traités un peu complets sur cette matière ne sont pas plus communs de nos jours; mais l'on peut citer avec avantage une foule d'articles, et de non moins estimables récueils monographiques. Ces publications sont loin cependant de comprendre toute la pathologie relative aux enfants; et ce qui était inévitable, elles pêchent par le défaut d'unité et de suite, assez souvent quelques-unes se contredisent ou se répètent, et sous ce dernier rapport, quelquefois même avec toute l'apparence candide d'un parfait oubli des travaux antérieurs analogues. Il est aussi à regretter qu'aux observations importantes recueillies dans les hôpitaux, manque fréquemment le complément des inductions provenant de la pratique civile. Dans la médecine des hôpitaux, en effet, les symptômes sont semblables à ceux que l'on observe au-dehors, les lésions anatomiques sont pareilles; mais généralement les conditions et les résultats thérapeutiques ne sont pas les mêmes. Il doit en être ainsi, car les antécédents, la constitution des malades, la salubrité environnante, les soins spéciaux et minutieux... De part et d'autre, tout cela n'est pas de même non plus. Non seulement les endémies presque constantes dans les lieux de réu-

nion, d'entassement de malades, sont la source de complications graves, mais ces affections, localement régnantes, offrent souvent ces particularités fâcheuses propres aux épidémies, de n'être point avantageusement modifiées par les moyens que d'ordinaire on sait le mieux réussir. Ce à quoi, sans doute, n'ont pas toujours pris garde quelques-uns des écrivains qui ont publié des relevés statistiques faits dans les hôpitaux, et desquels devrait, selon eux, ressortir la nécessité de l'exclusion absolue ou de la faveur excessive de tel ou tel agent thérapeutique. Contradictoirement à l'avis des partisans des méthodes exclusives dans le traitement des maladies, la pratique médicale ne démontre-t-elle pas que l'art de guérir consiste davantage dans la science des indications, lesquelles varient suivant les individualités, suivant les circonstances, etc. *Studio doctor, experientiâ medicus.*

Quant aux recherches cliniques et d'amphithéâtre concernant les symptômes et les lésions correspondantes, il faut certes, nous le répétons, en faire un grand cas, mais ne pas prendre également au sérieux les élucubrations anatomiques, les détails oiseux, où l'accessoire tient la place du principal; dans lesquels le fond se noie et dont le nombre infini et accablant ne saurait compenser l'absence de valeur. Dans les complications ou dans les irradiations sympathiques multiples des maladies, les symptômes, en s'accumulant, pâlissent, et cette atténuation des phénomènes principaux, leur abaissement vers le niveau d'une foule d'épiphénomènes (dont le caractère est assez généralement d'être commun à des affections très-diverses), permet en effet d'exalter l'importance de ces derniers. L'accumulation indéfinie des faits est même, sous ce rapport, d'une utilité qui peut sembler contestable, car après que la sève en a été exprimée, on les torture pour en extraire spéculativement des riens, tandis que le temps devrait être venu de tirer parti des matériaux que l'on possède et de continuer la science. Edifier, *compter* d'ailleurs avec des unités dissemblables, ou n'ayant aucune sérieuse signification, ne peut conduire qu'à de vains et faux résultats. Puis l'on cherche assez généralement dans les

livres des théories achevées, et c'est mettre le lecteur à une rude épreuve que de le faire assister à tous les artifices et minuties d'une édification sans fin.

Presque toutes les maladies que l'on observe pendant le cours des âges suivants, se rencontrent également vers les premiers temps de la vie, mais pour la plupart avec des modifications diverses, dont les unes sont relatives à leur forme, à leur intensité ou à leur fréquence habituelle. Non-seulement il est des affections qui revêtent, pour ainsi dire, une physionomie particulière en entrant dans le domaine de l'enfance; mais il s'en trouve de plus exclusivement propres à cet âge et qui au-delà ne paraissent que par une sorte d'exception. Toute cette première période même de l'existence ne présente pas, sous ces différents rapports, une complète uniformité. Telles évolutions organiques sont actives à telle époque de la vie, nulles ou rudimentaires à telle autre; le jeune enfant n'exprime pas sa souffrance comme l'enfant plus âgé, et ne souffre pas le plus souvent de la même manière ou des mêmes maux que lui; ce dernier enfin est sujet à des maladies, sinon tout-à-fait spéciales, du moins modifiées ou formant exception, soit antérieurement, soit dans la suite. Les puissances vitales, les éléments, les rouages de l'organisme agissent ou se développent activement chez les enfants; l'économie animale a tout à la fois à s'occuper d'entretien, de conservation, de progrès, et la croissance est une cause continuelle, directe ou indirecte de trouble et de déplacements dans l'équilibre organique et fonctionnel. Tous ces motifs, les modifications que subit l'irritabilité, sa répartition inégale, imparfaite, ou inconstante, un caractère de faiblesse générale, résultat fréquent d'un accroissement rapide, forment un ensemble de causes qui peuvent servir à expliquer le grand nombre de maladies qui assaillent les enfants, et les particularités que parfois elles présentent.

Tempéraments. Un rôle important et presque exclusif a surtout été attribué aux prédominances organiques; mais il règne peu d'accord tant sur la manière dont elles doivent être envisagées qu'à l'égard de la prééminence dévolue à chacune d'elles.

Cette prédominance appartiendrait au cerveau, selon quelques auteurs, aux organes digestifs, selon quelques autres; c'est le système nerveux qui serait le plus influent, au dire de plusieurs; le système circulatoire, ou bien encore celui des vaisseaux lymphatiques, suivant un non moins grand nombre. Les conséquences de ces manières de voir différentes sont d'admettre exclusivement ou à peu près les maladies des organes pourvus de cette suractivité vitale.

Alphonse Leroy, partisan de l'opinion de Stahl et d'Hoffmann sur la constitution des enfants, voit dans la tête le siége de toutes les maladie aiguës... Ettmüller trouve la source des maladies du jeune âge dans l'état de langueur des organes digestifs (1). Gardien prescrit les toniques, afin d'augmenter l'action des glandes et des vaisseaux lymphatiques... D'autre part, les maladies des enfants ont été considérées comme différant entièrement de celles des autres âges. Harvey et Armstrong prétendent que les enfants ne sont pas sujets au nombre des maladies aiguës et chroniques des adultes; et l'on sait l'importance presque exclusive qui fut donnée aux maladies vermineuses.

Les prédominances organiques, les tempéraments en tant que disposant spécialement à tels ou tels genres de maladies, ne sont pas plus chez les enfants que chez les adultes, toujours identiques, toujours les mêmes. L'hérédité, l'alimentation, les localités jouent, d'ailleurs, un grand rôle dans leur production, dans leurs formes qui se nuancent et se confondent assez souvent entre elles, de telle sorte que les types (dont l'influence serait en effet bien grande dans la pathogénie) assez généralement rares à tous les âges, constituent plutôt l'exception que la règle. Ce qui n'exclut pas, du reste, l'existence fréquente et même habituelle, aux premières époques de la vie, de certaines dispositions ou conformations organiques dont l'intervention et le rôle dans la pathologie ne sauraient être niés, non plus que celui que jouent, d'une manière plus ou moins

(1) *Valetudinarium infantile.*

patente, les combinaisons plus ou moins apparentes ou inextricables des divers tempéraments.

Divisions de l'enfance. — L'enfance s'étend depuis la naissance jusqu'à l'âge de puberté. A l'exemple d'Hippocrate, on a divisé en plusieurs parties cette première phase de la vie. Hallé la partage en première et seconde enfance ; l'une comprenant les deux dentitions, s'étendant de la naissance à l'âge de sept ans ; l'autre commençant vers la septième année et se terminant aux premiers signes de la puberté. Une disposition qui semblerait mieux appropriée à la pathologie de l'enfance, consisterait à intercaler une subdivision : ainsi, de la naissance à quelques mois de là, et même jusque vers les approches de la première dentition, il y aurait une classe, les *nouveau-nés;* que concernent spécialement les phénomènes morbides dépendant de l'accouchement, des impressions des modificateurs extérieures sur des organes et des fonctions rudimentaires, de l'allaitement, etc... classe où se remarquent des particularités évidentes et qui méritent d'être étudiées à part (1).

La deuxième période, ou *première enfance*, comprendrait alors particulièrement les deux dentitions et l'espace intermédiaire, pour se terminer vers l'âge de sept ans, qui serait le point de départ de la *seconde enfance,* dont à son tour l'époque de la puberté formerait le terme. Le premier de ces deux espaces est le plus riche en caractères spéciaux; tandis qu'insensiblement, pendant le laps de temps suivant, vont en s'effaçant particularités et modifications pathologiques. La puberté se déclare vers la quatorzième année ; les lois en fixent l'époque à l'âge de douze ans pour les filles, et de quatorze ans pour les garçons. Mais ces limites ne sont pas toujours celles adoptées par la nature, et le signal de cette nouvelle ère est donné par elle quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard. Le développement plus ou moins rapide des attributs propres aux sexes (attributs jusqu'alors dans une sorte d'inertie sous les rapports physiques

(1) Voir les ouvrages de MM. Billard, P. Denis et Valleix, sur les *Maladies des nouveau-nés.*

et moraux), forme le trait principal de cette révolution. La puberté suit l'enfance et précède la virilité, ou plutôt s'arrête à cet état intermédiaire appelé *adolescence*, qui est le temps que le jeune homme emploie à se parfaire, et pendant lequel le corps humain acquiert son complément d'organisation : lequel espace est compris pour les jeunes gens entre la quatorzième et la vingtième année, et s'étend depuis la douzième jusqu'à la dix-huitième à l'égard de l'autre sexe.

§ II. *Examen clinique et séméiologie.*

L'examen clinique des jeunes enfants est trop important pour que la manière seule de les examiner soit tout à fait indifférente ; car il n'est pas d'ailleurs de petites choses en médecine pratique où nul n'est souvent plus embarrassant que les riens. Il faut aborder les jeunes malades avec douceur, le sourire sur les lèvres, chercher à les distraire, à les intéresser ou au moins à éloigner d'eux toute crainte : mais quelquefois aussi il faut savoir leur en imposer et en définitive les explorer malgre leurs crialleries et leurs petites colères, qui, du reste, n'ont pas l'inconvénient, quand elles ne sont pas provoquées par la douleur, d'accroître sensiblement la précipitation du pouls. L'exploration doit s'étendre à tous les organes ; car malgré les signes les mieux caractérisés de telle ou telle maladie bien évidemment existante; malgré les renseignements confirmatifs fournis par la famille, rien n'est moins rare que de découvrir simultanément des lésions graves vers d'autre points, vers d'autres régions, où l'attention n'était appelée par rien, et où néanmoins elles se sont établies et propagées d'une manière sourde et insidieuse. Les complications sont en effet très-communes chez les enfants, particulièrement très-multipliées et d'autant plus graves que les phénomènes qui en sont les manifestations extérieures s'effacent ou pâlissent en raison directe du nombre de celles-ci et sans que les progrès d'aucune s'en trouvent ralentis.

Nous avons parlé des renseignements qui doivent précéder l'examen de l'enfant ; l'utilité de ces renseignements préliminaires est incontestable, ils deviennent dans quelques cas les

principaux éléments du diagnostic. Aussi les questions du médecin doivent-elles être nombreuses, minutieuses et s'étendre au-delà des circonstances présentes et jusqu'à tous les antécédents : ainsi le genre de nourriture habituelle et l'habitation ne doivent pas être passés sous silence : ainsi il n'est pas indifférent de savoir si le petit malade a eu des exsudations du cuir chevelu, des glandes engorgées au cou ; s'il a été affecté d'otorrhée, d'ophthalmie chronique, s'il est sujet à s'enrhumer, etc... car ce sont autant de fâcheux précédents qui peuvent laisser craindre le développement ou l'extension de maladie strumeuse, faire soupçonner l'existence de tubercules pulmonaires. Il est également important d'être bien fixé sur les atteintes antérieures de rougeole, de scarlatine, de variole, ou de coqueluche, qui, en effet, laissent souvent après elles des désordres plus ou moins graves, et favorisent le développement de fâcheuses prédispositions. Les organes digestifs, ceux de la respiration et de la circulation, ceux de la sensibilité, l'habitude extérieure... doivent tour à tour fixer l'attention. La position de l'enfant dans le lit, l'aspect du visage; l'état de la peau, sa température, sa coloration, la fermeté, la flaccidité des chairs, la maigreur, l'embonpoint, la configuration du tronc et des membres.... tout cela doit être reconnu.

Du cri de l'enfant. — La voix des enfants est susceptible d'un grand nombre d'altérations dans les affections du larynx, de la trachée et des bronchies. Le cri, ainsi que le fait observer Billard (1), se compose de deux parties distinctes. L'une se fait entendre dans l'expiration; c'est le cri proprement dit; l'autre est le résultat de l'inspiration ; on l'appelle reprise. Dans quelques maladies de la gorge, c'est la reprise qui domine. Ainsi, dans la coqueluche et le croup, le cri a lieu pendant l'inspiration. Du reste, le cri n'est pas toujours l'expression de la douleur; il est souvent l'effet de la colère et de l'impatience. Quelquefois lors de l'explosion plus ou moins bruyante de *leurs grands chagrins*, la glotte se re-

(1) *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, 3e édition, avec des notes par Ollivier (d'Angers), Paris, 1837, p. 48.

serre spasmodiquement, et les enfants plus ou moins pâmés restent la bouche béante, la figure pâle ou violacée, en un mot ils présentent quelques-uns des prodômes de l'asphyxie... c'est la pamoison des anciens auteurs, à laquelle remédie, en général, presqu'assurément la projection au visage d'un peu d'eau fraîche.

Etat du ventre. — Evacuations alvines. — En s'assurant de l'état du ventre, il faut se souvenir que ce dernier, même chez le jeune enfant bien portant, est souvent gros, ballonné, sonore; que les évacuations alvines sont presque toujours liquides, au nombre de plusieurs dans les vingt-quatre heures; qu'on ne peut guère accuser un dérangement fonctionnel que quand elles dépassent le nombre de trois ou quatre par jour, quand leur coloration et leur composition ont subi des changements, etc. La diarrhée est, du reste, le symptôme le plus commun dans les affections des voies digestives chez les enfants; toutes les parties du canal intestinal peuvent en être le siége. La douleur abdominale, comme la douleur pleurétique, n'est pas constante; elle est vague, non circonscrite ou nullement accusée. On a prétendu que les matières verdâtres, ayant l'aspect d'herbes finement hachées, provenaient de l'intestin grêle et d'une altération des glandes de Peyer; que les flux muqueux blanchâtres étaient liés à l'altération de la muqueuse du gros intestin; qu'enfin les déjections séreuses, sanguinolentes, contenant des débris de fausses membranes, annonçaient une inflammation vive et profonde du colon et du rectum, etc. Il paraît plus vrai de dire que les circonstances sous l'influence desquelles les produits des déjections alvines présentent des modifications, soit dans leurs qualités chimiques, soit dans leurs caractères physiques, soit même dans leurs quantités, échappent le plus souvent, en ce sens, toutefois, que ces modifications sont loin de permettre toujours de préciser le siége de la lésion.

Vomissements. — Il faut aussi se rappeler que les vomissements et les régurgitations sont faciles et assez fréquents, particulièrement chez les enfants à la mamelle, et même en pleine

santé (1). Il est cependant aussi certaine limite au-delà de laquelle une coïncidence avec un état morbide devient incontestable. Ce que contribuerait rarement à prouver la sensibilité épigastrique dont il est peu rendu exactement compte à cet âge, région où la pression semble très-ordinairement développer une sensation pénible. D'un autre côté, les vomissements n'ont pas toujours nécessairement lieu dans la gastrite, chez les enfants; ils sont encore moins pathognomoniques dans l'association de cette phlegmasie avec celle du petit et du gros intestin; tandis que les vomissements sympathiques sont très-communs chez eux.

Etat de la gorge, de la langue. — En visitant la gorge et la bouche, on se rappellera que les amygdales sont naturellement assez développées; que la langue présente bien différents aspects dans les maladies des voies digestives, mais que cependant les signes qu'elle fournit ont moins de régularité et de constance que chez les adultes. La rougeur de la gorge affecte une teinte vineuse dans la scarlatine; elle est d'un rouge plus ou moins écarlate dans les autres angines. Cette coloration ne doit pas toujours être considérée comme un phénomène pathologique chez les très-jeunes enfants : elle se manifeste chez eux après des cris violents, ainsi que la rougeur de la langue est produite par la succion du mamelon. Il importe aussi de constater le point où en est arrivé la dentition, qui était, pour ainsi dire, la pierre angulaire de l'ancien édifice médical.

De la dentition. — La dentition n'est qu'un des phénomènes du développement de l'enfant; elle ne constitue pas plus un état morbide que ne le fait l'établissement d'autres appareils et actes fonctionnels; et il arrive également que tout se passe, en ce qui la concerne, sans trouble et sans orage. Néanmoins il faut savoir tout à la fois se défendre contre le préjugé qui attribuerait à cette cause la pluralité des maladies

(1) De là même probablement ce vieil adage chez les mères et les nourrices : enfant qui rejette, enfant qui profite.

de l'enfance, et contre le défaut contraire qui exclurait toute influence de sa part dans la production d'un certain nombre d'affections. L'activité vitale est en effet très-grande vers les régions où se passe ce travail, qui comprend l'entretien et le développement des follicules dentaires de l'une et l'autre dentition. L'afflux du sang y est plus ou moins considérable ; il y a réunion d'organes fortement excités, non pas au degré morbide, mais assez déjà pour en prédisposer d'autres à s'irriter.

Les germes des dents apparaissent vers le deuxième mois environ de la vie intrà-utérine, et le travail maxillaire et dentaire semble redoubler encore d'activité après la naissance. L'évolution des dents a ordinairement lieu vers le sixième ou septième mois ; quelquefois vers le troisième ; d'autres fois seulement après le neuvième ; elle commence par la mâchoire inférieure et par les incisives du milieu, que suivent celles de la mâchoire supérieure. Se présentent ensuite inférieurement et supérieurement les deuxièmes paires d'incisives ; puis viennent successivement aussi en bas et en haut les premières petites molaires, qui précèdent ordinairement la sortie des canines, qui elles-mêmes devancent les deuxièmes petites molaires ; lesquelles enfin complètent les vingt premières dents *temporaires* ou *dents de lait*. Cette évolution se trouve en général accomplie vers la deuxième ou la troisième année ; mais elle est ordinairement aussi remplacée, vers l'âge de sept ans, par une série de vingt nouvelles dents, auxquelles viennent successivement s'ajouter, jusque vers la douzième année, huit grosses molaires, et à une époque plus éloignée et beaucoup moins précise encore, quatre nouvelles dents tricuspidées, *appelées dents de sagesse*.

La séquestration des canines entre deux dents qui les resserrent, rend quelquefois leur sortie plus difficile (1).

(1) Le strabisme survient parfois pendant le développement des dents canines, on peut le considérer comme résultant de l'action irrégulière du système musculaire du globe de l'œil. La régularité de l'action nerveuse est détruite par le travail de la dentition qui se déve-

Il a été dit que les dents infantiles tombaient vers l'âge de sept ans : ce travail éliminatoire ne se borne pas à ce qui se passe du côté seul de la dent; l'alvéole y prend part. En même temps que la racine se détruit par une opération vitale, par absorption, ce qui ôte à la dent son point d'appui, l'arcade alvéolaire continue de s'accroître, ce qui écarte, disjoint les tables alvéolaires, ébranle les dents, les rend vacillantes. La perte de la racine des dents caduques n'est pas le résultat de l'usure occasionée par la pression des dents sous-jacentes, car plusieurs de ces dents conservent parfois en tombant leurs racines, tandis que dans d'autres circonstances et à la chute des dents qui ont perdu les leurs, on ne voit nullement apparaître au-dessous la couronne de la nouvelle dent. A l'égard des dents adultes, comme il en est pour les dents de lait, les canines ne se présentent guère qu'après la sortie des bicuspidées. La première grosse molaire se montre vers l'âge de cinq ans et la seconde après l'apparition des canines. Les incisives et les petites molaires font d'ailleurs leurs évolutions successives, à quelques variations près, depuis l'âge de six ou sept jusqu'à dix ou douze ans.

Anomalies, accidents de la dentition. — Telle est, en général, la règle, l'ordre habituel; mais les anomalies sont nombreuses, et l'irrégularité porte tantôt sur l'excès ou le défaut de nombre, tantôt sur l'arrangement, ou sur la précocité et le retard relatifs à la sortie des dents. Ainsi il est des enfants qui naissent avec une ou plusieurs dents, ainsi l'on a vu la première ou la seconde dentition manquer en totalité ou en partie, et l'on a dit pareillement avoir été témoin de troisième dentition. Beaucoup d'autres détails analogues, dont quelques-uns tiennent même du merveilleux, paraissent au moins inutiles;

loppe dans le voisinage de l'orbite. C'est sans doute sur les faits de cette nature, et d'après les ophthalmies qui dépendent d'une semblable cause, qu'on appelle vulgairement les dents canines d'en haut, les dents de l'œil. Quand la dent est sortie le strabisme disparaît, mais peu à peu; parfois il persiste très-long-temps. (Richard de Nancy, *Traité des maladies des enfants*, pag. 161.)

nous nous occuperons immédiatement des accidents de la dentition.

Faire l'histoire des affections que peut occasioner ou compliquer le travail pénible et irrégulier de la première dentition (car c'est particulièrement elle qui est laborieuse), n'irait à rien moins qu'à décrire toute la pathologie relative aux enfants. Ce serait partager l'erreur de nos devanciers, tandis qu'il faut bien se pénétrer de l'idée que cette révolution organique ne joue, dans la production des maladies, que le rôle d'une cause possible, mais non pas nécessaire. Du reste nul incident un peu sérieux ne vient parfois se jeter à la traverse, et c'est même ce qui a lieu le plus ordinairement : à moins qu'on ne veuille considérer comme tels le gonflement, le prurit, certaine sensation pénible, qui fait que l'enfant porte tout à sa bouche et cherche à presser entre ses gencives ce qu'on lui présente; à moins qu'on ne considère comme tels, encore, le ptyalisme, l'agitation, l'insomnie passagère, une sorte d'agacement nerveux, quelques symptômes fébriles éphémères..... légers dérangements dans l'état général de la santé et presque inévitables en ces circonstances chez la plupart des jeunes enfants. La turgescense sub-inflammatoire des gencives peut produire, par une sorte d'extension, ces rougeurs des joues, ces *feux de dents,* ces érythèmes de la face si communs. On peut aussi souvent lui attribuer la production des phlogoses de forme et d'intensité variées, qui parfois se répandent sur les muqueuses environnantes ou sur le tissu cutané; telles se rencontrent des stomatites, des ophthalmies, des éruptions à la peau, le licken infantilis, par exemple, etc. (1)

(1) Lorsque les enfants font leurs dents, on voit souvent la joue, du côté où se fait le travail de la dentition, devenir rouge. Dans quelques cas ce n'est plus seulement un érythème, mais des vésicules, des croûtes d'eczema, présentant l'aspect du miel. Quelquefois ces diverses affections cutanées occupent en même temps que la joue, la face et le cuir chevelu; mais dans quelques circonstances l'on voit plus souvent que l'eczema et moins fréquemment que l'érythème, la peau devenir efflorescente, rouge, et se couvrir de petites saillies papuleuses avec dé-

La cause incitante est toujours la même, mais son mode d'action semble différent dans les diarrhées plus ou moins passagères, dans les toux, dans les bronchites plus ou moins intenses qui s'observent si fréquemment alors et se renouvellent presque à chaque évolution de dent. L'irritation dont la bouche est le siége serait plutôt transmise vers la muqueuse trachéo-bronchique par sympathie que par continuité de tissu; car bien que la gorge fût plus rapprochée du point de départ de l'irritation, et relativement aux bronches, pût être considérée comme un passage obligé vers celles-ci, il est d'observation que les angines intercurrentes sont bien moins communes que les bronchites. Quant aux dévoiements, ils doivent être attribués à la coïncidence simultanée de développement des follicules intestinaux et par suite à leurs surexcitabilité. Ce mouvement organique de l'appareil folliculeux des intestins semblerait se lier à une modification que recevraient alors les organes de la digestion qui les rendrait aptes à remplir plus en grand leurs fonctions vers l'époque prochaine de la suppression de l'allaitement.

Une dentition laborieuse peut susciter des symptômes réactionnels généraux, car chez les jeunes sujets l'irritabilité du système nerveux et vasculaire est si grande, que sous l'influence de causes stimulantes légères, il se manifeste des mouvements fébriles, le plus souvent sans durée, sans consistance, mais néanmoins fréquemment accompagnés de phénomènes nerveux.

La congestion, l'irritation locale peuvent du reste amener une direction de l'activité vitale vers la tête, et être ainsi le mobile de phénomènes convulsifs; déterminer des vomissements, de la somnolence et d'autres signes d'affection cérébrale. Les vomissements, par leur fréquence, peuvent acquérir quelque signification; ils sont alors la conséquence de la con-

mangeaison. Cette éruption éphémère (lichen inf.) occupe parfois le cou, la face, la poitrine, rarement les bras et les jambes. (Voyez P. Rayer, *Traité des maladies de la peau*, Paris, 1835, t. II, p. 49.

gestion qui a lieu vers le cerveau, ou dépendent de l'irritation acquise par l'estomac.

La description de toutes ces maladies, de toutes celles un peu sérieuses et l'exposé de leurs traitements se trouvent dans le courant de cet ouvrage. Nous placerons encore seulement ici quelques mots sur les moyens à opposer aux accidents légers dont il a été précédemment question. Ainsi, à l'agitation, à l'insomnie, aux érythèmes cutanés, on opposera les bains; à la somnolence, à la constipation, les pédiluves, les laxatifs. La diarrhée sera modérée par l'usage des boissons gommeuses et d'eau de riz, des lavements amidonnés, etc.; les vomissements apaisés par la diminution ou la suppression momentanée de l'allaitement, l'administration à l'intérieur de faibles doses de sous-carbonate de magnésie et de bicarbonate de soude, particulièrement quand les matières vomies ont une odeur aigre ou rougissent le papier de tournesol. Les collyres et collutoires émollients conviennent suivant les cas, etc., mais l'on ne saurait jamais trop mettre de circonspection et user de temporisation avant de se décider à inciser les gencives qui recèlent les grosses molaires (cette opération ne pouvant jamais concerner les incisves, dont la couronne tranchante vers son extrémité libre, doit toujours pouvoir se frayer un passage à travers le tissu de la gencive). On s'exposerait, en agissant différemment, à pratiquer une opération souvent inutile, quelquefois même nuisible et dangereuse. On peut d'abord ouvrir de la sorte les follicules dentaires avant que l'ossification ne soit complète (1) et retarder ou altérer ainsi ce travail. On doit craindre encore de voir transformer l'incision en ulcération aphtheuse ou gangreneuse (2).

Van Swieten (3) donne le précepte de n'inciser la gencive que lorsqu'elle est manifestement soulevée, qu'elle est dure, rouge et très-douloureuse; car si la dent, trop profondément

(1) Guersant, *Dictionnaire de médecine*, article DENTITION.

(2) Billard, *loc. cit.*

(3) *Comment. morbi infantium*, pag. 668.

située, ne venait pas aussitôt faire saillie à travers l'incision, celle-ci se cicatriserait, et la cicatrice plus dure que le tissu propre de la gencive, opposerait ensuite une résistance plus forte. L'auteur, que nous citons, a vu un cas où la dent ne parut que huit mois après l'incision faite pour hâter sa sortie.

Attitudes — L'enfant malade est le plus souvent couché sur le dos; la position instinctive sur l'un ou l'autre côté se lie d'ailleurs plus rarement chez lui que chez les adultes, à une lésion correspondante de l'un ou l'autre organe pulmonaire. Le décubitus est quelquefois accompagné d'une prostration extrême. Dans la dernière période des affections cérébrales, les paralysies ou résolutions paralytiques plus ou moins générales, jointes aux mouvements lents et presque insensibles de la respiration, à la dilatation pupillaire et au renversement des yeux, donne un aspect cadavérique aux petits moribons.d Au début de la plupart des maladies aigües et particulièrement des fièvres éruptives, la mobilité, l'agitation sont au contraire extrêmes; il y a des mouvements brusques, saccadés, généraux ou partiels, des trémoussements sans fin; dans les souffrances occasionées par des coliques, dans certaines contractures, les malades sont repliés sur eux-mêmes, les cuisses fléchies sur le bassin, etc.

Coloration du visage; facies. — L'expression de la figure varie chez les enfants, suivant l'intensité et la nature du mal dont ils sont affligés. L'animation du visage, qui parfois se remarque dans les premiers temps des maladies aigües, fait généralement bientôt place à la pâleur. La coloration de l'une des joues, très-commune, comme on sait, chez les pneumoniques adolescents ou adultes, est assez rare en pareille circonstance chez les enfants. C'est particulièrement dans les dyspnées intenses, que les traits expriment chez eux un profond sentiment d'anxiété. Au dernier terme des affections aigües des voies digestives, les yeux, entourés d'un cercle bleuâtre, s'enfoncent dans les orbites; les pupilles sont fréquemment dilatées, la figure est pâle, *hippocratique*. Dans les affections chroniques des mêmes organes, le visage, considé-

rablement amaigri, comme ratatiné, est sillonné par des rides, ce qui prête au jeune enfant l'aspect d'un petit vieillard.

Système physiognomonique. — Toutefois, la valeur diagnostique de certains signes tirés de la disposition particulière d'un certain nombre de ces rides, a été infiniment exagérée, là où il n'est véritablement possible de trouver que des épiphénomènes d'une inconstante et médiocre importance. Telle est du reste l'exposition faite par M. Eusèbe de Salle (1) du système physiognomonique de M. le docteur Jadelot. Le trait oculo-zygomatique serait l'indicateur des affections du système cérébro-spinal, l'apparition du trait nasal et génal signalerait l'existence des maladies des voies digestives et des viscères du bas-ventre, enfin le trait labial annoncerait celles du cœur et des organes de la respiration. La manifestation simultanée, la réunion, les complications de plusieurs de ces rides seraient les indices assurés des combinaisons entre elles des maladies qu'elles expriment ou auxquelles elles appartiennent.

État de la respiration. — Les mouvements de la respiration se lient physiologiquement dans un certain rapport de vîtesse avec les battements du cœur; mais cette harmonie peut être troublée. La respiration peut être irrégulière, sa gêne, son accélération très-grandes, et c'est surtout vers le terme des affections bronchiques et pulmonaires étendues. Cependant il arrive aussi que l'orthopnée soit considérable, bien que les lésions soient restreintes, mais c'est particulièrement chez les enfants rachitiques, chez ceux dont les parois thoraciques se trouvent déprimées, les côtes rentrées, chez lesquels, en un mot, le thorax est déformé ou mal conformé : les obstacles à l'hématose sont alors, pour ainsi dire, doubles, externes et internes.

Les symptômes de suffocation sont encore très-prononcés et imminents dans certains cas d'angine et de trachéite, dans celles avec production de fausses membranes et même dans

(1) Underwood, *Traité des maladies des enfants*, nouvelle édition, Paris, 1823, introduction.

les faux croups. Toutes ces dyspnées, très-communes d'ailleurs, très-grandes ou revenant par accès, ne constituent pas néanmoins, pour la plupart, de maladies essentielles. Une remarque, qui n'est pas sans importance pour le diagnostic, c'est que dans les affections cérébrales la respiration est le plus ordinairement lente et tranquille, tandis que le contraire a lieu dans les maladies des voies aériennes. A l'état sain, le nombre des inspirations est, terme moyen chez les jeunes enfants, de 24 à 25 par minute; il peut aller à 40 ou 60 : nous en avons compté jusqu'à 104 dans un cas de pneumonie gauche.

Nous ne ferons que mentionner ici, et comme en passant, quelques particularités dont on ne pourrait se dispenser de tenir compte dans l'exploration de la poitrine chez les enfants; d'abord l'intensité toute spéciale du bruit respiratoire et la grande sonoreité du thorax; ce qui joint à la multiplicité des râles, qui se succèdent fréquemment dans les phlegmasies des voies aériennes, et à la rareté, ou plutôt à l'absence totale de l'expectoration avant l'âge de huit à dix ans, entoure parfois de quelques difficultés les distinctions symptomatiques relatives au affections diverses du poumon et des bronches.

Circulation. — Il existe dans le jeune âge, entre les cavités et les parois ventriculaires droites et gauches de l'organe central de la circulation, une disproportion qui ne se conserve pas dans la suite; mais nous ne pensons pas que cette disposition particulière entraîne après elle les conséquences qu'on a voulu lui prêter. Nous ne pensons pas que cette sorte d'hyparsarcose du ventricule gauche, que l'ampliation plus grande de la cavité ventriculaire droite, jointe à l'épaisseur moindre de ses parois, soit une preuve de la faiblesse plus grande du système artériel comparé à l'appareil veineux; qu'il y ait enfin, par ces motifs, prédominance de ce dernier, souffrance de l'autre chez les enfans, et analogie sous ces rapports, ainsi qu'on l'a avancé, entre eux et les vieillards. La quotité, dans la projection du sang ne semble pas, d'ailleurs, en raison de la capacité des ventricules, mais bien plutôt en proportion de la puis-

sance et de la fréquence des contractions du cœur. L'épaisseur plus grande des parois ventriculaires est, selon toute apparence, l'attribut d'une puissance motrice chargée d'un plus grand effort; le ventricule gauche a en effet dans sa dépendance la grande circulation et le droit a seulement à pourvoir à la petite. L'ampliation des cavités droites et du système vasculaire qui s'y trouve lié, est en raison directe de la gêne apportée pendant la vie à la circulation et à la respiration; elle est enfin généralement très-prononcée chez les individus qui se sont livrés à des travaux pénibles, continus et à de longs efforts. Il y a enchaînement entre toutes ces causes et résultats, et de telles conséquences doivent se trouver surtout acquises vers une époque avancée de la vie, vers celle où naturellement tout décline, où il y a, pour ainsi dire, fatigue et usure des rouages de l'organisme. Ce qui ajoute encore aux embarras de la circulation chez les vieillards, c'est que les modifications survenues dans la texture des parois artérielles privent celles-ci de leurs qualités contractiles et élastiques; de-là surcroît de peine de la part du cœur gauche pour effectuer la progression des fluides; progression d'autant plus entravée encore, que les mouvements de l'organe central de la circulation se sont progressivement ralentis avec l'accumulation des années.

Toutes ces conditions réunies se trouvent-elles chez les enfants? le ventricule gauche y paraît aussi hypersarcosé, mais c'est chez eux une simple disposition naturelle. Les veines sont, au contraire, peu développées chez les jeunes sujets, et les battements du mobile de la circulation sont précipités. Il y a donc chez eux augmentation de fréquence et de puissance dans l'action du ventricule gauche, et plutôt manque qu'excès d'ampliation du système vasculaire veineux. On peut, ce nous semble, conclure de ce qui précède, que, si une portion du système circulatoire prédomine, c'est plutôt l'appareil artériel; ce qui paraît, du reste, répondre aux besoins exigeants de la nutrition à cet âge.

État du pouls. — S'il est difficile de préciser exactement

le nombre des pulsations fournies par l'artère dans un temps donné et aux différentes époques de la vie, et si les opinions des auteurs présentent, à cet égard, peu d'accord; c'est qu'en effet le pouls offre, relativement à sa fréquence, beaucoup de variétés individuelles. Mais toujours est-il que celui de l'enfant est, dans la majorité des cas, plus fréquent que celui de l'adulte; que le pouls du vieillard est plus lent que celui de l'homme fait. Le rapport de quatre, et plutôt encore de trois à un, existe généralement entre le nombre des contractions du cœur et celui des inspirations dans un temps donné; mais ce rapport qui présente déjà quelques variations individuelles, peut, dans certains cas de maladies, tendre de nouveau à perdre de sa régularité. Fouquet, en adoptant le pouls *supérieur* et *inférieur* de Bordeu, relativement aux maladies sus et sous-diaphragmatiques, admettait en outre que chaque organe malade dérangeait le pouls à sa manière. Cette idée trop généralisée, trop absolue, manque évidemment d'exactitude; mais restreinte dans son application à *quelques* maladies seulement, elle paraît au contraire juste et fondée sur l'observation. Ainsi les caractères particuliers que présente l'état du pouls dans l'apoplexie, la péritonite, la pneumonie, certaines névroses, sont connus de tous les praticiens. Ces particularités ne s'observent pas chez les enfants; on ne rencontre chez eux ni le pouls nerveux, ni le pouls apoplectique, ni le pouls pneumonique, et le mode le plus ordinaire des pulsations de l'artère est, dans les maladies aiguës, d'être petit, vite et fréquent, en conservant plus ou moins de résistance et de dureté, suivant l'état de force ou de faiblesse. Durant la convalescence la lenteur du pouls est souvent très-grande. Il est tellement dépressible chez les sujets très-jeunes et faibles, que ses battements sont suspendus par la simple application ou la plus légère pression des doigts qui l'explorent, et qu'il faut, pour le trouver, sans le troubler, ne faire, pour ainsi dire, qu'effleurer l'artère. Nous avons parlé des nombreuses différences individuelles qu'offre, dans un même temps, le nombre des battements du pouls; et

nous citons ci-après plusieurs faits à l'appui de cette vérité, dont il serait facile de multiplier à l'infini les preuves. Ce point de pratique, que nous croyons très important, une fois établi, il en résulte l'utilité très grande pour le médecin de connaître à l'avance la fréquence habituelle, l'état physiologique du pouls chez les enfants confiés à ses soins, afin de pouvoir convenablement juger des variations ou changements que la maladie a apportés dans l'état normal des pulsations de l'artère.

Sur quarante enfants de un à dix jours, Billard a fait les remarques suivantes : chez dix-huit, le pouls battait moins de 80 fois par minute; chez deux, il battait 86 fois; chez un, 89 fois; chez quatre, 100 fois; chez neuf, 110 à 125 fois; chez un, 130 fois; chez deux, 145 fois; chez deux, 150 fois; enfin, chez un, 180 fois (1).

Sur trente-cinq enfants d'un à deux mois : chez treize, le pouls battait par minute de 80 à 85 fois; chez un, de 60 à 62 fois; chez deux, 90 fois; chez deux, 94 fois; chez cinq, 110 à 112 fois; chez deux, 114 fois; chez sept, 126 à 130 fois, et chez trois, de 140 à 150 fois.

Sur treize sujets sains, de deux à vingt-et-un jours, M. Valleix (2) a trouvé que le pouls variait de 76 à 104 pulsations. Il résulterait en outre de ses recherches qu'à l'âge de dix-sept mois environ les enfants présentent un plus grand nombre de pulsations qu'après la naissance (sa moyenne d'âge étant dix-sept mois, celle des pulsations de l'artère était de 124 par minute).

Chez trente-six enfants en santé, de l'un et l'autre sexe, examinés par nous en ville, plusieurs heures après leur repas, et pendant qu'ils étaient calmes et tranquilles, nous avons recueilli les résultats suivants :

Chez un, âgé de quinze mois, le pouls donnait 124 pul-

(1) Haller fixe à 140, et Sœmmering à 130 le nombre des pulsations du pouls chez les nouveau-nés.

(2) *Clinique des enfants nouveau-nés*, Paris, 1838, pag. 18.

sations par minute; chez un, de quatorze mois, le pouls battait dans le même espace de temps, 96 fois; chez un, d'un an, 120 fois; chez deux, de deux ans, 110 fois; chez un, aussi de deux ans, 108 fois; chez un, de deux ans huit mois, 106 fois; chez un, de trois ans, 104 fois; chez un autre du même âge, 108 fois; chez un de quatre ans, 120 fois; chez un de quatre ans et demi, 104 fois; chez un également de quatre ans et demi, 96 à 98 fois; chez un de cinq ans, 96 fois; chez deux autres de cinq ans, 108 fois; chez un autre du même âge, 116 fois; chez un autre encore du même âge et jouissant de la plus belle santé, 120 fois; chez un de six ans, 100 à 104 fois; chez un de six ans et demi, 84 fois; chez un aussi de six ans et demi, 96 fois; chez un de sept ans, 88 fois; chez un autre de sept ans, 112 fois; chez un de huit ans, 78 à 80 fois; chez un encore de huit ans, 96 fois; chez un également du même âge, 120 fois; chez un de huit ans et demi, 88 fois; chez un du même âge, 90 fois; chez un de neuf ans, 76 fois; chez un de neuf ans et demi, 60 fois; chez deux de dix ans, 84 fois; chez un du même âge, 104 fois; chez un de treize ans, 68 fois, et enfin chez un du même âge, le pouls battait 84 fois, toujours dans le même espace de temps.

En présence de ces faits, il demeure évident qu'il n'est pas possible de se faire une idée exacte de l'intensité de la réaction générale dans un état morbide déterminé, sans avoir été préalablement fixé sur l'état individuel et normal du pouls : telle personne peut avoir, en effet, plus de fièvre avec quatre-vingt-dix pulsations par minute, que telle autre chez laquelle on en compte pourtant cent-vingt, ou davantage.

Le cours du sang augmente plus ou moins de vitesse après les repas, il se ralentit au contraire un peu pendant le sommeil, dans la position horizontale, etc., il suffit de se souvenir de ces circonstances pour les apprécier convenablement en temps et lieu. Nous n'attachons donc, jusqu'à présent, qu'une médiocre importance aux recherches récentes faites par M. Guy de Londres, sur la variabilité du pouls. Ce médecin a vu ou confirmé ce que l'observation antérieure avait déjà

établi d'une manière plus ou moins précise; savoir, que le pouls variait dans les différentes conditions d'âge, de sexe, par les changements de posture, debout, assis, couché, et aux différentes époques de la journée.

Calorification : état de la peau.— L'augmentation de la chaleur de la peau, dans les maladies aiguës, chez les enfants, se met assez généralement en rapport, ainsi que la fréquence de la respiration, avec l'accélération des battements de l'artère, sans non plus que cette règle soit absolue, toujours constante. Ainsi, à en juger par la précipitation par fois isolée du pouls, il est hors de doute que la fièvre ne puisse exister chez les enfants, sans qu'il y ait de chaleur à la peau. La sécheresse de celle-ci, sa couleur brune, la saillie de ses papilles s'observent assez communément d'ailleurs dans les affections intestinales d'une longue durée. Sa coloration ictérique est excessivement rare; si ce n'est chez les nouveau-nés.

Sympathies, affections du système nerveux. — Les affections résultant d'une irritation directe ou sympathique du cerveau sont très fréquentes chez les enfants. Les impressions pénibles transmises vers les centres nerveux sont facilement suivies d'une excitation insolite et d'une réaction non moins vive; qui se manifeste par le désordre fonctionnel du système de la vie de relation, dont l'exagération se traduit par des phénomènes convulsifs. Ainsi, dans les maladies fébriles qui les saisissent avec quelque intensité, il n'est pas rare d'observer tantôt du délire, tantôt de l'assoupissement, etc. Le délire n'est du reste bien appréciable que chez les enfants qui ont passé la seconde année. L'exaltation partielle de la sensibilité du tronc et des membres, les spasmes, les paralysies, les contractures, les rigidités, avec conservation de l'intellect et des fonctions sensoriales dépendent le plus souvent de myélites. Les symptômes de paralysie, de la sensibilité et du mouvement des membres, avec abolition plus ou moins complète des facultés intellectuelles et sensoriales, coïncident toujours avec des altérations organiques de la substance cérébrale; mais il existe aussi des cas de paralysies partielles et de contractures perma-

nentes des muscles d'un membre, sans aucune altération des centres nerveux; l'affection est alors locale, tient au système nerveux de la partie.

Lésions anatomiques. — A propos de certaines maladies au sujet desquelles l'anatomie pathologique reste muette, il est de fait que leur nombre, que celui des maladies purement essentielles est au moins plus rare, plus douteux encore chez les enfants. Les lésions anatomo-pathologiques sont, en général, très-profondes et caractérisées chez eux : la gravité des altérations organiques n'est souvent pas en rapport avec la bénignité apparente des symptômes et les affections se localisent, pour peu qu'il y ait du temps, d'une manière toute particulière.

§ III. *Thérapeutique.*

Les moyens thérapeutiques sont, à peu de chose près, les mêmes que ceux employés chez les adultes et les vieillards. Cependant l'organisation, l'âge, la constitution et d'autres particularités exigent à l'égard des jeunes malades, dans le choix, l'usage et la prescription des divers agents, quelques modifica- ou changements, qui se trouveront plus particulièrement indiqués dans les différentes parties de cetouvrage consacrées au traitement des maladies.

Par cela même que les affections se localisent facilement à l'époque de l'enfance, et creusent, pour ainsi dire, beaucoup; que les altérations organiques font, quoique d'une manière sourde, de graves progrès; que les rapports, que les liaisons, que les sympathies intimes des divers organes ou appareils d'organes entre eux rendent les complications incessamment imminentes et incessamment plus nombreuses; le traitement, tout à la fois curatif et préventif, doit être particulièrement énergique, surtout au début et quand les atteintes du mal sont rapides et intenses.

Mais c'est dans le concours intelligent et actif des divers moyens, plutôt que dans l'emploi à outrance de l'un d'eux, que doit résider cette énergie bien entendue et avantageuse.

Car s'il n'y a que rarement de complètes exclusions, assez souvent il existe d'importantes contre-indications. La médication narcotique, par exemple, ne doit être employée qu'avez beaucoup de circonspection chez les enfants. Il en est encore de même à l'égard de la médication évacuative par les vomitifs et les purgatifs; à l'égard de l'administration à l'intérieur des toniques et des excitants : parce que, d'une part les congestions cérébrales sont faciles et dangereuses chez eux, et que de l'autre, les irritations et les phlegmasies latentes des organes gastro-intestinaux sont très-communes, et qu'il faut se garder d'exalter ces dernières ou de provoquer la rétrocession d'éruptions cutanées, non moins fréquentes. Les pertes de sang doivent aussi être modérées chez les enfants, et calculées d'ailleurs sur leur constitution, leur force individuelles. En général, il y a faiblesse chez eux, facile dépression des forces, mais leur relèvement est d'ordinaire également facile. La dernière résistance du jeune enfant malade est quelquefois très-grande. Les évacuations sanguines poussées au-delà de certaines limites peuvent néanmoins le jeter dans un état de prostration dont il serait difficile de le tirer. La phlébotomie convient généralement moins chez les enfants que la saignée locale, elle n'est pas d'ailleurs toujours praticable chez eux, par suite de l'exiguité ou du défaut absolu de saillie des veines superficielles; ce qui ne contredit pas l'opinion de Sydenham, qui considérait ce moyen comme *quelquefois* aussi avantageux chez les jeunes sujets que chez les adultes. Les irritants externes, les rubéfiants et vésicants sont très-utiles et généralement produisent de très heureux effets. Les bains, quand ils n'effraient pas, quand ils n'irritent pas, sont très favorables dans les affections intestinales et particulièrement quand elles sont accompagnées de faiblesse; car, contradictoirement aux préjugés répandus, loin de l'augmenter, ils paraissent ranimer les petits malades en leur ôtant une partie de leurs souffrances et en leur procurant un peu de bien-être.

Dans les affections compliquées, quand chacune des maladies semble exclure les moyens qu'il conviendrait d'opposer à

l'autre, il faut, ce nonobstant, s'attacher à combattre le danger le plus imminent. Enfin, il est encore quelques précautions à prendre, quelques conditions à observer dans la manière d'administrer et de doser les médicaments. Il est quelquefois utile d'entourer de choses qui flattent le goût, les substances que l'on se propose d'administrer. Ainsi, l'on introduit le tartre stibié, le calomel, le soufre, le sulfate de quinine, etc., dans des sirops, dans le miel, dans des confitures, etc. Ainsi l'on donne des biscuits ou sirops vermifuges, etc.

Quant à la dose des médicaments, on peut la régler de la manière suivante, d'après l'âge des malades :

Dosage.

Soit pour un adulte,		1 entier ou	ʒ j	4 gram.
de 21 ans à 14 ans,		2/3	℈ jj	24 décigram.
14	7	1/2	ʒ ß	2 gram.
7	4	1/3	℈ j	12 décigram.
4		1/4	15 gr.	75 centigram.
3		1/6	10 gr.	5 décigr.
2		1/8	vjjj gr.	4 décigr.
1 an		1/12	v gr.	25 centigr.

§ IV. *Hygiène, éducation physique et morale.*

L'hygiène est cette partie de la médecine qui considère le mode d'action de toutes les causes qui peuvent influer sur la santé d'une manière avantageuse ou nuisible; elle prescrit les règles que l'on doit suivre pour seconder les efforts de la nature lorsqu'elle tend au développement régulier de l'organisation, ou pour en arrêter les écarts lorsqu'elle suit une marche défectueuse; elle a aussi pour but de prévenir les maladies en détruisant les prédispositions qui les font naître (1).

Conserver la santé de l'homme naissant, affermir sa constitution, développer son intelligence, diriger favorablement

(1) *Nouveau traité d'hygiène de la jeunesse*, par le docteur Simon, de Metz, Paris, 1835, p. 2.

ses penchants, tel est donc le but de l'hygiène, de l'éducation physique et morale de l'enfant.

Si notre première étude, dit Cabanis (1), est celle des instruments que nous avons reçus immédiatement de la nature, la seconde est celle des *moyens* qui peuvent modifier, corriger, perfectionner ces instruments. La nature produit l'homme avec des *organes* et des *facultés* déterminées; mais l'art peut accroître ses *facultés*, changer ou diriger leur emploi; créer en quelque sorte de *nouveaux organes*.. C'est là l'ouvrage de l'*éducation*, qui n'est, à proprement parler, que l'art des *impressions* et des *habitudes*. Une heureuse constitution dès la naissance serait d'autre part de faible valeur, si l'on ne faisait rien pour la conserver ou si l'on négligeait d'éloigner les circonstances qui peuvent la compromettre. Ces circonstances, ces causes, ces influences sont en effet nombreuses et d'une importance telle, qu'elles font en partie la matière de l'hygiène. Car, suivant le docteur Casimir Broussais (2), à cette branche de la médecine appartient de poser les règles suivant lesquelles l'homme doit réagir contre les influences dont il est sans cesse entouré; influences par lesquelles il vit et aussi par lesquelles il meurt. Diriger cette réaction, tel est en effet le but de l'hygiène, dont les avantages, peut-on ajouter, n'ont même jamais été méconnus par le scepticisme, qui quelquefois contesta le bien que peut faire la médecine dogmatique.

Naissance. — Dès sa sortie du sein maternel, le nouveau-né, frêle et impuissante créature, a besoin de secours et de soins. De nouvelles et d'importantes fonctions viennent de s'ouvrir pour lui; l'air a pénétré dans ses poumons; une modification importante a été imprimée à la circulation; le voilà soumis aux influences extérieures, et désormais vivant par lui-même.

Asphixie du nouveau-né. Mais il arrive aussi que par suite de la prolongation du travail de l'accouchement, de la compression

(1) *Rapport du physique et du moral de l'homme*, tom. I, p. 76.

(2) *Hygiène morale, ou Application de la physiologie à la morale et à l'éducation*, Paris, 1837.

éprouvée au passage, en un mot, de l'entravement apporté à la circulation fœtale avant que celle de la vie extérieure ait pu s'établir; il arrive qu'au lieu d'un être qui témoigne de son existence par ses mouvemens et par ses cris, c'est, pour ainsi dire, un corps inerte qui est expulsé; il y a apoplexie, asphyxie du nouveau-né (1). Il est gisant, inanimé, la bouche béante et livide, la figure gonflée et violette, et le corps généralement empreint de cette teinte cyanosée. Il faut alors (comme du reste en l'absence de ces accidents) opérer, à quelques travers de doigt de l'ombilic, la section du cordon ombilical, mais la faire immédiatement et retarder au contraire d'en pratiquer la ligature, afin de chercher à obtenir une perte de sang par le cordon, de proche en proche un dégorgement des vaisseaux et un mouvement de la circulation. On aide ce puissant moyen en insufflant avec la bouche de l'air au visage de l'enfant, en y faisant arriver un courant d'air frais, en baignant ou plongeant son corps dans de l'eau chaude, à une température d'environ 30 à 40 degrés R., en même temps qu'on pratique à sa surface, avec la main, quelques frictions surtout vers la région épigastrique et précordiale. Le doigt est au besoin introduit jusque vers le pharynx pour débarrasser la cavité buccale des mucosités qui s'y trouvent accumulées. On doit enfin tâcher d'éveiller la sensibilité par la stimulation de quelques points de la périphérie, ainsi qu'on le fait dans la plupart des cas d'asphyxie.

Bien que l'on doive proportionner la perte de sang à la force du sujet, on n'a pas généralement d'hémorrhagie grave à redouter à la suite de la division des artères ombilicales, parce que l'établissement de la respiration apporte un obstacle physiologique et physique à la circulation fœtale.

Lotions. — L'enfant venu au monde a besoin d'être soumis à quelques lotions savonneuses ou simplement d'eau tiède,

(1) Voir à l'appendice, *mort spontanée du fœtus à terme, circulation fœtale*; puis au chapitre des *affections cérébrales*, l'article APOPLEXIE, etc.

qu'on a fait alors précéder de quelques onctions avec le beurre frais ou l'huile, afin de pouvoir détacher la matière sébacée qui enduit la surface de la peau. C'est le lieu de repousser de nouveau les conseils de se servir d'eau froide, d'eau glacée et d'y plonger même le nouveau-né, malgré le contraste et le danger d'une transition aussi brusque de température (1). Nous ne croyons pas d'ailleurs qu'il y ait autre chose dans cette pratique, en usage chez certains peuples du Nord, et vantée par quelques philosophes, qu'une sorte de tour de force, sinon une grande imprudence, car l'expédient est trop subit, trop passager, pour avoir quelque influence consécutive et durable sur la constitution des sujets.

Toilette du nouveau-né. — La façon dont doit être vêtu le jeune enfant n'est rien moins non plus qu'indifférente. La saison peut rendre utile quelque modification dans le choix et le nombre des objets dont l'on enveloppe celui-ci ; mais dans tous les cas ils doivent être assortis de façon à lui conserver une température douce et égale. Nous ne discuterons pas, avec quelques littérateurs, sur l'opportunité d'endurcir les enfants en les découvrant outre mesure, et les exposant avec une sorte d'intention à toutes les variations et intempéries de l'atmosphère. Dans notre pensée, ce sont les enfants forts et robustes et qui auraient pu se passer de ces épreuves, fatales à tant d'autres moins bien constitués, qui échappent à toutes ces

(1) On a voulu donner de la force au corps et de la fermeté au caractère en plongeant les enfants naissants dans l'eau glacée, et laissant habituellement leur corps presqu'à nu. Une telle pratique suivie indistinctement est digne des siècles barbares. Le besoin de chaleur est nécessaire à l'homme, et l'homme ne résiste au froid extérieur qu'autant qu'il egendre lui-même du calorique ; or chez l'enfant cette puissance colorifique est à son moindre degré.........

L'enfant qui vient de naître a besoin de s'habituer peu à peu à la température du milieu où il arrive, ordinairement si basse comparativement à celle dans laquelle il a vécu neuf mois. Que si l'on veut brusquer ce passage, et soumettre subitement l'enfant à une différence de 25 à 30 degrés, on peut le tuer. (C. Broussais, *Hygiène morale*, pag. 77 et 79.)

chances, que nous croyons au moins imprudent de faire courir inutilement. Quand vos enfants iront la poitrine et les membres à découvert, entièrement nus, ou il arrivera presque assurément qu'une maladie vous obligera à renoncer à vos essais, par le fait des soins et des précautions que le traitement et la diététique exigeront : ou vous aurez, peut-être à tort, mais toujours, une catastrophe à vous reprocher : ou si même rien de tout cela n'arrive, à quoi serviront dans la suite à vos petits Spartiates d'avoir contracté des habitudes qu'ils ne pourront garder, et dont au contraire ils seront, bon gré mal gré, obligés de se défaire, au sein de la société où ils sont appelés à vivre. Mais l'on oppose que l'homme a été créé dans un état complet de nudité! Si en effet il lui a été refusé un pelage, il a été pourvu d'une intelligence pour qu'il fût capable de remédier à l'imperfictibilité de sa nature.

En définitive l'exès et le manque de précautions sont également nuisibles et il est en tout cela, il est dans la manière de couvrir les enfants, de les abriter, de les garantir des vicissitudes du temps, ainsi que dans toutes les autres parties de leur hygiène et de leur éducation physique et morale, certaines mesures qu'on ne peut précisément formuler, mais que néanmoins est peu susceptible d'outrepasser une raison éclairée et au fait de la connaissance des causes et des principes suivant lesquels doit se restreindre ou s'agrandir, en général, le cercle des restrictions.

Mais pour achever la toilette du nouveau-né, aussitôt nétoyé, on lui passe une petite chemisette de toile ou de percale à cordons s'ouvrant derrière, descendant jusque vers la base de la poitrine et que l'on a engagée préalablement dans une brassière de même forme, de coton ou de laine et qu'ainsi on adapte toutes les deux en même temps. L'on entoure le cou d'un fichu et l'on couvre la tête d'un béguin de toile recouvert d'un bonnet de mousseline, d'étoffe piquée ou de tricot, dont les brides nouées sous le menton, seront écartées des parties qu'elles pourraient y comprimer par une bandelette fixée au-devant de la poitrine.

On applique autour du ventre un bandage légèrement compressif, qui, aidé de deux compresses, dont l'une fendue contient le bout du cordon jusqu'à sa chute(1), sert à raffermir l'anneau ombilical, et prévenir l'exomphale. Enfin l'on enveloppe le reste du tronc depuis les aisselles jusqu'aux pieds, d'une ou plusieurs couches de toile, bien privée d'humidité et chauffée; puis une pièce de futaine ou de laine assujétie par quelques cordons, simple ou doublée, plus ou moins épaisse, plus ou moins légères, suivant également la température et la saison,

(1) *Chute du cordon.* —Nous empruntons en partie à l'excellent article de Billard (*Traité des malad. des enf.*, p. 19), quelques-unes des explications suivantes sur la dessiccation et la chute du cordon ombilical.

La dessiccation du cordon ombilical, et l'époque à laquelle il se dérache, offrent, suivant les individus, d'assez grandes variétés; de sorte qu'il est difficile à cet égard d'établir des règles fixes. Des observations faites sur 86 sujets, ont permis à Billard de porter à trois jours le terme le plus ordinaire de la dessiccation du cordon; lequel se détache, soit par suite d'une véritable suppuration, soit par une sorte de séparation spontanée analogue à la manière dont la queue du fruit des cucurbitacés se détache de son implantation circulaire. Cette dessiccation est un phénomène tout à fait physiologique et qui se lie aux phénomènes de la vie, sous la dépendance de laquelle il paraît être. La dessiccation de la lymphe une fois terminée, le cordon n'est plus maintenu que par une radicule vasculaire, formée quelquefois par trois vaisseaux, qui bientôt se rompent successivement, de telle sorte qu'à la fin il n'existe plus que la veine ombilicale, ou bien l'une des artères ou les deux à la fois. Haller et Monro attribuaient sa chute définitive à une sorte de gangrène. M. Gardien regarde la constriction de l'épiderme comme la cause de cette chute. Chaussier l'attribue à un travail inflammatoire, et son opinion a été partagée par Béclard, M. le professeur Orfila et M. Capuron. Selon Billard il peut se présenter deux phénomènes différents dans la chute du cordon; dans un cas, l'ombilic en effet s'enflamme et suppure abondamment, tandis que dans l'autre la séparation se fait par une simple dessiccation. Après la chute du cordon, l'espèce de radicule restant particulièrement composée des débris des vaisseaux, s'enfonce peu à peu vers la cavité abdominale, et quand l'enfoncement est profond, la peau, rentrée et froncée circulairement, se réunit d'autant plus facilement sur ses bords qu'ils se trouvent légèrement excoriés. Cette cicatrice se fait au moyen d'une inflammation adhésive.

complète le petit attirail. Nous ne parlerons pas de l'ancien maillot, depuis long-temps au reste flétri et abandonné, espèce de pressoire ou de machine servant à estropier les enfants. Nous rappelerons seulement, après tous les physiologistes que le grand art de vêtir l'enfant est d'assujétir ses langes de façon à ne pas gêner les mouvements, surtout ceux de la poitrine et à entretenir une douce température, si nécessaire à tous les jeunes êtres. La partie inférieure de cet appareil doit être visité plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, les couches et les couvertures renouvellées autant de fois que l'exige la propreté. Les parties souillées par les matières de l'enfant, les cuisses et les fesses doivent être essuyées et lotionnées avec une éponge fine, imbibée d'eau tiède. Ces examens faits sous une température convenable, ou au-devant du foyer, ne sont pas sous d'autres rapports encore sans avantage ; ils servent à renouveler l'atmosphère, plus ou moins altérée qui entoure le corps de l'enfant, débarassent un peu celui-ci de ses entraves, l'exposent à l'influence salutaire de l'air et de la lumière et l'accoutument déjà à l'avance à s'ébattre en liberté.

C'est au bout de quelques semaines pendant la belle saison, après plusieurs mois en hiver et au retour d'une température d'une quinzaine de degrés environ, que l'on substitue la tunique et la robe à toutes les pièces du maillot. Le bassin, les cuisses et les jambes sont alors seulement garnis d'une serviette de toile douce, roulée autour des membres, et maintenue par des bas de laine montant à mi-cuisse. Un toquet ou mieux encore une capotte de soie verte remplace le bonnet, etc..... Mais chaque soir, vers l'heure du coucher, le premier accoutrement redevient nécessaire : il préserve davantage du froid, l'enfant moins surveillé, et trop disposé à se découvrir pendant les nuits où il a besoin de l'être au contraire davantage. Ces couvertures et ces langes ne peuvent guère être définitiment supprimés de nuit que vers le quinzième ou dix-huitième mois, et quand enfin l'enfant est *approprié*.

Il ne saurait y avoir rien de trop minutieux ou d'indifférent dans tous ces détails, sur lesquels nous insistons ; car

la manière dont on élève les enfants pendant les deux premières années, influe beaucoup sur la durée de leur vie(1).

Coucher de l'enfant. — Le berceau, et en général le lit du jeune enfant, doit avoir les bords assez élevés pour prévenir toute chute au dehors. On le garnit d'une paillasse et d'un oreiller formés de toile remplie de balle d'avoine, de fougère, de paille de maïs ou de crin; il faut en bannir la plume et la laine qui excitent la transpiration, s'imprégnent de la sueur et des excrétions, dégagent à la longue des émanations au moins malsaines, et dont en outre la mollesse favorise la mauvaise attitude du corps.

Quand l'enfant est assez grand, assez fort, développe assez de chaleur naturelle, est assez propre pour pouvoir être couché deshabillé, on peut encore, en été, continuer l'usage des espèces de matelas indiqués; mais l'hiver rend ceux de laine plus convenables. Dans tous les cas le coucher doit avoir lieu assez alternativement sur l'un et l'autre côté, la tête et les épaules un peu élevées pour que les mucosités, et tout ce qui remonte et embarasse la bouche, puisse être facilement rejeté. Le lit doit être placé dans une pièce spacieuse, aérée (2), et en outre de manière à n'être exposé ni à l'action du feu, ni à celle des courants d'air, et de façon encore à ce que le jour arrive directement vers l'enfant, et sans que les yeux aient continuellement besoin de se diriger de côté pour l'aller chercher, ce qui pourrait dévier les axes visuels et occasioner le strabisme.

Bercement. — Le bercement des enfants est au moins une mauvaise habitude. Si toutefois ce mouvement ne porte pas une action fâcheuse sur le système nerveux. On ne peut nier que le bercement n'assoupisse les enfants; il est donc permis de croire qu'il porte sur le cerveau une action stupéfiante

(1) Hufeland, *la Macrobiotique, ou l'art de prolonger la vie de l'homme*, Paris, 1838, p. 289.

(3) L'on doit, dit Tissot (*Avis au peuple*, t. II, p. 85), faire vivre les enfants au grand air le plus qu'il est possible. Il faut placer le berceau ou le panier dans lesquels on les couche, dans l'endroit le plus aéré de la chambre, dont l'air doit être renouvelé plusieurs fois par jour.

dont l'influence n'est pas toujours justement calculée. La répétition de cet acte peut à la fin modifier la sensibilité nerveuse d'une manière funeste (1).

Ce ballottement d'ailleurs peut troubler la digestion, occasioner des vomissements, aigrir ou altérer le lait qui se trouve dans l'estomac, susciter de violentes tranchées.

Allaitement. — Il ne suffit pas à l'enfant de respirer après sa naissance, dit le docteur Capuron (2), il faut encore, pour continuer de vivre, qu'il prenne de la nourriture. L'exemple des animaux qui tètent leur mère en venant de naître, indique assez clairement le vœu de la nature à cet égard. Quelle erreur et quel préjugé de condamner le nouveau-né à un jeûne plus ou moins sévère, lorsque tout annonce qu'il se porte bien, et de ne lui accorder qu'un peu d'eau sucrée, lorsqu'à force de cris, il réclame quelque chose de plus nourrissant! Que la mère lui offre donc promptement le sein dont il paraît avide, et qu'elle continue encore de le nourrir de son propre lait, jusqu'à ce qu'il puisse digérer des aliments plus forts. C'est là un devoir naturel et sacré, sans lequel la femme ne peut être complètement mère, et dont rien ne peut la dispenser qu'une maladie grave, certaines bienséances, ou quelque vice moral. Le lait maternel est l'aliment qui convient à l'enfant sous tous les rapports. Naturellement séreuses, les premières gouttes de cette liqueur, auxquelles on donne le nom de *colostrom*, titillent son intestin, détrempent ou délaient le méconium et en favorisent l'excrétion. Elle devient ensuite plus abondante et plus substantielle de jour en jour à mesure que le nourrisson grandit et se fortifie ; elle pourrait même suffire pendant longtemps à ses besoins.

Van-Swieten (3) veut que l'on présente le sein au nouveau-né avant que le méconium soit évacué. Tissot veut que ce ne

(1) Richard de Nancy, *Essai sur l'éducation physique du premie âge*, Lyon, 1829, p. 76.

(2) *Principes de l'art des accouchements*, Paris, 1823, p. 286.

(3) *Commentarii*, t. IV, p. 608.

soit qu'au bout de vingt-quatre heures. Fourcroy, après douze heures, et ils insistent pour qu'on emploie pendant cet intervalle un purgatif doux. Le premier avis est presque généralement partagé, mais c'est quand la mère nourrit elle-même son enfant, puisque alors son sein fournit naturellement, en effet, de quoi provoquer l'expulsion des matières excrémentitielles fœtales. Mais quand il en est autrement, quand ce n'est pas un lait nouveau que l'enfant naissant est destiné à recevoir, il nous semble également convenir mieux de différer pendant quelques heures de lui donner à téter, et de lui faire prendre quelques cuillerées à café d'eau sucrée, ou d'eau mielée blanchie ou non (selon le temps que doit durer ce régime) par l'addition de quelques quantités de lait : mais dans tous les cas il ne faut pas différer au-delà de douze heures de lui donner le sein. Si, passé ce laps de temps, aucune matière n'avait été rendue, c'est seulement environ alors qu'il serait non seulement exempt d'inconvénient, mais utile d'administrer quelque léger évacuant; telle serait la solution de deux à quatre grammes de manne dans trente ou soixante grammes d'eau, donnée par cueillerées à café; une ou demi-cuillerée à café d'huile de ricin, ou cinq à six d'un mélange d'huile d'amandes douces, de sirop de roses pâles, de chicorée, simple ou composé, etc.

On a beaucoup déclamé contre les mères qui ne nourissaient pas leurs enfants! En soulevant l'opinion publique contre les malheureuses femmes qui, le plus souvent dans l'impossibilité physique et morale de remplir complétement ces devoirs, se décidaient, par la puissance même de ce sentiment qu'on leur déniait, au pénible sacrifice d'en confier à une autre la partie la plus importante pour leurs enfants. On a de la sorte aboli toute discussion, nonobstant la légitimité des motifs qu'elles s'étaient opposés, et dont on était armé au besoin pour résister à leur envie d'allaiter quand il pouvait être de leur intérêt et de celui de leurs plus chères affections d'y renoncer. Beaucoup de femmes d'une délicate et faible complexion, dont toutes les fonctions se traînaient déjà languissantes, étaient-elles véritablement en état de

résister à de nouvelles et impérieuses exigences fonctionnelles physiques et morales ? Beaucoup de ces organisations lymphatiques n'ont-elles pas été encore affaiblies, épuisées par la mise en jeu d'une fonction qui s'exerce chez elles aux dépens de toutes les autres ? L'arrivée ou le retrait de cette fluxion nécessaire aux organes galoctofères, n'ont-ils pas eu de fâcheux résultats pour beaucoup de poitrines disposées à s'affecter ? D'un autre côté, un mauvais lait, ou au moins insuffisant, quant à ses matériaux de nutrition, n'a-t-il pas eu sur la santé, sur l'existence des enfants, la plus grave et trop souvent la plus triste influence ?

Du choix d'une nourrice. — En résumé, quand de puissants motifs s'opposent à l'allaitement maternel, quand des considérations domestiques impérieuses, quand la stérilité de ses mamelles, la faiblesse de sa constitution... obligent une mère à renoncer aux devoirs dont la nature lui faisait un plaisir, il faut nécessairement recourir à une nourrice étrangère, et louer, dit M. Richard de Nancy (1), celle qui, s'examinant elle-même et reconnaissant son insuffisance, sacrifie le bonheur de nourrir son enfant à la pensée de lui donner une nourrice plus forte qu'elle et dont le lait, plus substantiel, lui assure une santé robuste au lieu de la vie délicate et faible de celle qui lui a donné le jour.

Les femmes des grandes villes, dont la tranquillité est troublée par des sensations trop vives, ne peuvent être de bonnes nourrices; l'allaitement maternel leur est interdit, surtout quand elles prétendent allier les devoirs souvent exigeants de la société avec leurs devoirs de mère; les plaisirs ou les fatigues, les veilles prolongées ou la trop grande mollesse, nuisent à l'abondance et à la qualité de leur lait, et la langueur de leur nourrisson prouve assez qu'elles sont incapables d'accomplir convenablement leur tâche. Les mauvais traitements, la mauvaise nourriture, la privation d'aliments nuisent aussi à l'allaitement.

(1) *Loc. cit.*

On peut, en dernière analyse, admettre avec Brouzet (1) :

1° Que la mère qui joint à tous les avantages d'une certaine aisance, ceux d'une santé ferme et vigoureuse entretenue par un bon régime, par une vie tranquille, bien réglée et exempte de passions, est préférable à une nourrice étrangère.

2° Que cette dernière doit au contraire être absolument préférée à la mère faible, délicate, livrée aux passions et même au genre de vie ordinaire aux femmes du monde.

3° Que *la nourrice domestique* est toujours préférable *à la nourrice externe* (2), et qu'elle ne le cède presqu'en rien à la mère, dans aucun cas (hors quant à l'âge et à la consistance du lait pour les nouveaux-nés).

4° Que dans la nécessité d'avoir recours à une *nourrice externe,* ou de la campagne, on doit choisir la moins pauvre.

Rousseau a promis des couches heureuses aux mères qui nourrissent leurs enfants. La fluxion dérivative suscitée et entretenue du côté des mamelles par la sécrétion du lait, exerce fréquemment, il est vrai, la plus favorable influence sur les suites utérines de l'accouchement. Cette vérité ne change pas la valeur dés considérations qui ont précédé; elle permet seulement peut-être de poser la question suivante :

Est-il dans l'intérêt commun de l'accouchée et du nouveau-né que généralement le sein maternel soit donné au moins pendant les huit ou quinze premiers jours? Cette nourriture, si bien appropriée aux besoins de l'enfant, ne serait-elle pas pour lui doublement bienfaisante, en remplissant les premières indications et en préparant la transition à la succion d'un lait plus substantiel? N'y aurait-il pas aussi un incontestable avantage à échanger une partie ou la totalité des chances, des accidents puerpuéraux, contre les éventualités pas plus communes et bien moins graves du retrait naturel ou médical de la fluxion laiteuse? Déjà l'expérience semble s'être prononcée en faveur

(1) *Éducation médicinale des enfants*, Paris, 1754, t. I, p. 181.

(2) Alors du moins la mère peut n'abandonner qu'en partie ses droits et ses soins.

de cette méthode, et quelques essais auraient été des plus encourageants.

Le premier lait que l'on donne à l'enfant doit être en petite quantité, son estomac s'accoutume ainsi graduellement à le supporter et à le digérer. Quelques auteurs ont conseillé de continuer à donner peu long-temps à-la-fois le sein, mais de le présenter fréquemment, pensant prévenir ainsi la surcharge de l'estomac, les mauvaises digestions, les vomissements et la diarrhée. D'autres, au contraire, prétendent qu'un enfant qui tette trop souvent digère mal, et d'autant plus mal que le lait est imparfaitement élaboré; les parties séreuses venant les premières, et les plus nourrissantes n'arrivant et ne se formant que tardivement. Il faudrait donc, d'après cette manière de voir, n'allaiter qu'à de longs intervalles et long-temps à-la-fois. Au point de vue des limites extrêmes auxquelles elles s'appliqueraient, toutes ces objections sont admissibles : un terme moyen semble donc encore ici parer à tous les inconvénients. Bien qu'il faille aussi s'en rapporter à l'expression instinctive des besoins de l'enfant, à l'expérience si promptement et si merveilleusement acquise par la mère de ce qui convient le mieux à son nourrisson, et qu'on puisse laisser faire à son intelligente sollicitude; on peut calculer que six allactations pendant le jour, et deux pendant la nuit, constituent une distribution de temps assez généralement opportune. De la sorte, l'enfant prend de trente-deux à trente-quatre grammes de lait environ chaque fois. Cependant, en définitive, le lait n'étant pas le même chez toutes les femmes, l'enfant se trouvant plus ou moins fort et robuste, la digestion plus ou moins active, les besoins plus ou moins grands, il est difficile, en raison de toutes ces variations, d'astreindre le régime de l'enfant à la mamelle à des règles constantes. L'important est de lui donner ce qu'il faut, ce qu'il peut digérer, et de ne pas l'allaiter pour calmer ses pleurs et satisfaire ses caprices.

Quand on n'a pas pu proportionner l'âge du lait à l'âge de l'enfant, que c'est une nourrice déjà mère depuis un certain temps, qui donne le sein au nouveau-né; non-seulement il ne

faut jamais manquer de faire prendre à celle-ci quelque boisson délayante, pour rendre son lait plus séreux et plus en rapport avec l'estomac délicat qui doit le digérer; mais on remédiera encore à l'inconvénient de cette alimentation trop substantielle en donnant à l'enfant, après chaque allactation et pendant une quinzaine environ, un peu d'eau sucrée.

Nourriture supplémentaire. — Il est rare que, passé le quatrième ou cinquième mois et que dans nos grandes villes souvent beaucoup plus tôt (dès les premières semaines après la naissance), on ne soit obligé d'ajouter à l'allaitement, à quelques exceptions près insuffisant, une nourriture plus solide.

Il y aurait des inconvénients, dit M. Capuron, à ne donner à l'enfant que le sein de la mère. Il pourrait bien en imposer alors par la fraîcheur et l'éclat de sa peau; mais il aurait plus de bouffissure que de graisse; et quelque beau qu'il fût, son corps ne présenterait pas cette fermeté, ni cette consistance qui caractérisent l'embonpoint et le coloris de la santé; ce ne serait, comme on le dit vulgairement, qu'une chair de lait. Outre cela, l'enfant ne suçant que le mamelon, risquerait de dépérir, si l'on était obligé de le sevrer sur-le-champ, à cause de quelque maladie de la mère. C'est donc une très-bonne précaution de l'accoutumer de bonne heure à quelque nourriture plus solide que le lait. Passé les cinq ou six premiers mois, pourquoi ne lui donnerait-on pas quelques cueillerées d'une panade, d'une bouillie ou d'une crême de pain bien faite? etc.

Allaitement artificiel. — Lorsque la mère ne peut plus allaiter son enfant, ajoute plus loin ce médecin, ou que la nourrice, à qui elle l'a confié, tombe malade, et qu'on ne peut la remplacer sur-le-champ, il faut recourir à l'allaitement artificiel ou au lait des animaux. A ne consulter que l'analyse chimique, celui d'ânesse ou de jument est préférable à tout autre, parce qu'il a le plus d'analogie avec celui de la femme; mais l'usage a prévalu, et l'on n'emploie guère que le lait de vache ou de chèvre. Quel que soit celui des deux auquel on donne la préférence, il serait à désirer que l'enfant pût le prendre lui-même au trayon, conformément au vœu de la nature; mais

cela n'est guère praticable qu'avec la chèvre, qu'on dresse assez facilement, et qu'on accoutume à reconnaître le nourrisson qui la tette. Le lait de cet animal serait donc généralement adopté s'il n'avait l'inconvénient de donner trop de vivacité et de causer de l'insomnie à l'enfant. Il ne convient qu'à celui qui naît de parents scrofuleux, ou dont la lymphe est dans une sorte de stagnation et manque d'activité. Le lait de vache, quoique soupçonné de rendre le nourrisson plus apathique et plus lent, est le plus généralement substitué à celui de la mère ou de la nourrice. On le prend pour cela environ trois semaines après le part, et pour le rendre meilleur, on soigne la nourriture de l'animal, qu'on envoie paître en plein air, et dans de grasses prairies, où il ne croit que des herbages salutaires.

Naturellement plus caséeux et plus butireux que le lait de femme, celui de vache ne peut être donné pur à l'enfant qui vient de naître. On doit donc le couper avec un autre liquide, tel qu'une légère décoction d'orge ou de chien-dent, l'eau de mauve ou de capillaire, l'émulsion d'amandes douces, ou mieux encore le petit-lait, préparé sans acides. Pour imiter la nature on diminue chaque jour la proportion de ce délayant, et on augmente la consistance du lait à mesure que l'enfant grandit, jusqu'à ce qu'il puisse le prendre sans aucun mélange. C'est vraiment alors que cette liqueur possède toutes ses qualités naturelles et qu'elle est riche de tous ses principes. En sortant du pis de la vache, elle porte, avec son arôme, une douce chaleur qui dispense de la faire chauffer, et l'enfant peut la boire avant que le repos ou le contact de l'air aient encore pu la décomposer, ou la disposer à l'ascescence. La cuillière ou le biberon, tels sont les instruments les plus propres à l'allaitement artificiel, etc. (1).

L'allaitement artificiel, entouré d'écueils, d'accidents ou même d'impossibilités, peut donc, en cas de nécessité, être proposé comme une ressource, mais ne saurait être l'objet d'une préférence. La plupart des conditions exigibles pour

(1) *Loc. cit.*

qu'il y ait le moins possible d'inconvénient, sont d'ailleurs impraticables dans beaucoup d'endroits, et surtout à Paris, où l'on ne peut guère se procurer qu'un lait détérioré et malfaisant. Quelques constitutions privilégiées, bien qu'en ressentant les atteintes, surmontent ces fâcheuses conditions; mais c'est là une exception, et dans la grande majorité des cas, on n'enfreint pas impunément le vœu de la nature qui destine le jeune enfant à prendre le sein.

Sevrage. — L'époque du sevrage doit particulièrement aussi appeler toute la sollicitude de la famille et du médecin. Il est difficile de préciser absolument le moment opportun pour opérer cette grande mesure. L'on ne peut lui assigner d'une manière positive la fin du neuvième mois (en se fondant sur l'analogie de la période identique de la vie intra-utérine), ou vouloir la reculer, ainsi que l'ont voulu pareillement quelques médecins, jusqu'après l'éruption des dents de lait. Chez quelques enfants irritables, la dentition pénible suscite des désordres fréquents de l'innervation, et il ne serait pas prudent de s'exposer à ajouter à cette perturbation par les embarras et les troubles apportés dans les fonctions digestives, par un changement total d'alimentation. D'autre part, la sortie des vingt dents infantiles ne s'achève, le plus ordinairement, que vers le terme de la deuxième ou de la troisième année, et prolonger aussi long-temps l'allaitement, serait, quoi qu'on en ait dit, disposer les enfants au tempérament lymphatique, à l'exagération de ce système, les exposer aux scrofules, au rachitis, etc.

Mais toujours est-il que les variations les plus grandes relativement à l'opportunité de l'époque du sevrage, peuvent être comprises entre le huitième et le dix-huitième mois.

Le temps suivant lequel et pendant lequel doit être opérée cette révolution dans le genre de vie du jeune enfant, n'est pas non plus indifférent. En choisissant l'établissement de la belle saison pour ôter le sein à l'enfant, l'air, l'exercice, la suractivité de la peau, l'abondance des végétaux, qui permet de varier le régime, la température plus favorable aux bains, la plus grande rareté d'une foule d'indispositions..... consti-

tuent autant de circonstances qui rendent, en effet, cette époque tout-à-fait propice.

Dans l'intérêt mutuel de celle qui allaite et du nourrisson, le sevrage doit avoir lieu lentement et progressivement. Quinze jours peuvent à la rigueur suffire, mais un mois suffit amplement pour l'opérer. On sèvre d'abord de nuit, puis on diminue successivement l'allaitement diurne.

Nous avons parlé de l'intervention du médecin, c'est surtout relativement à la quantité et à la qualité des aliments donnés à l'enfant non sevré ou privé du sein que cette intervention nous semble indispensable. Nous avons la conviction que la majeure partie des enfants qui meurent en nourrice, périssent par les organes digestifs; par des affections de ces organes, suscitées et exaltées par l'ignorance et les préjugés des personnes qui les gorgent d'aliments plus ou moins grossiers; mais toujours le font sans mesure, sans principes.... quelques-unes, pour alléger pour elles les fatigues de l'allaitement; d'autres avec les meilleures intentions, mais satisfaisant outre-mesure aux besoins maladifs d'un être chétif ou dévoié... en dernier résultat les uns et les autres fomentent et exaspèrent de la sorte des affections désormais irremédiables des organes gastro-intestinaux.

Quand l'enfant prend plus de substances alimentaires qu'il n'en peut digérer, il a des coliques, de la diarrhée, des vomissements : il n'y a d'abord que trouble dans les fonctions, mais s'il y a persistance dans le même vice de régime, les lésions organiques ne tardent pas à se déclarer.

Vomissements de l'enfant non sevré. — L'enfant à la mamelle ne vomit souvent que la surabondance de la nourriture dont il est surchargé : ce dont on s'aperçoit en diminuant le temps et la quantité des allactations. Mais quand il vomit fréquemment et même le lait qu'il prend en petite quantité, et qu'il le vomit après qu'il a séjourné quelque temps dans l'estomac, il devient évident que la digestion stomacale est troublée, soit par la surabondance des sucs acides de l'esto-

mac, soit par la perte des qualités alcalines (1) du lait, soit par l'effet d'une irritation directe ou sympathique de ce viscère. Dans le premier cas, il faut diminuer simplement la quantité de lait que l'on donne à l'enfant : dans le second, on lui fait prendre, après les allactations, quelques centigrammes de bicarbonate de soude, en solution dans un peu d'eau sucrée, ou l'on soumet la nourrice (si c'est la nature du lait qui est altérée) à des prescriptions analogues, mais convenablement proportionnées.

Enfin, dans la dernière circonstance, les moyens auxquels il convient d'avoir recours, sont la diminution ou la suppression momentanée de l'allaitement, l'usage de boissons gommeuses et de bains.

La faiblesse de l'estomac, qui n'a pas la puissance d'agir sur le coagulum laiteux, sur la partie caséeuse, après que le sérum a été absorbé, peut être aussi une cause de vomissement chez les enfants délicats, chétifs. Il faut alors les faire téter peu à la fois, et diminuer ce que le lait a de trop épais, de trop substantiel pour leurs débiles estomacs en faisant boire, après chaque allactation, un peu d'eau sucrée aromatisée ou non.

Alimentation après le sevrage. — Rousseau ne veut pas d'autre boisson pour son élève que l'eau. *Toutes les fois qu'Émile aura*

(1) Il résulte des recherches et des expériences de M. d'Arcet que chez les vaches qui vont aux champs, qui se trouvent dans les conditions hygiéniques et physiologiques les plus favorables, le lait est alcalin, tandis que dans les circonstances opposées chez celles, par exemple, qui restent dans les étables de Paris, le lait rougit le papier de tournesol. On remédie à cet inconvénient par l'addition d'un demi-gramme, par litre de lait, de bi-carbonate de soude. M. le docteur Petit a appliqué ces données aux nourrices et a trouvé que les résultats étaient les mêmes : pensant donc que le lait qui présentait des qualités alcalines était le plus convenable, en faisant prendre du bi-carbonate de soude aux nourrices (deux à quatre grammes par litre de véhicule) ; il a rendu ces qualités à leur lait, quand il offrait les caractères des substances acides. Comparez *Gazette des Hôpitaux* du 7 mars 1839. — *Annales d'hygiène et de médecine légale* (Mémoire sur le lait, par M. Quevenne), t. XXVI, p. 95.

soif, je veux qu'on lui donne à boire ; je veux qu'on lui donne de l'eau pure et sans aucune préparation. Vit-on jamais personne avoir un dégoût pour l'eau et le pain. Voilà la trace de la nature : voilà donc aussi notre règle. Conservons à l'enfant son goût primitif le plus qu'il est possible ; que sa nourriture soit commune et simple ; que son palais ne se familiarise qu'à des saveurs peu relevées et ne se forme point un goût exclusif.

Il y a, dans les conseils tracés par cette éloquente plume, certainement beaucoup de raison et de sagesse; mais leur application concerne spécialement les enfants placés dans les conditions d'Émile : à l'égard des frêles citadins, il faut bien s'en écarter; on n'a souvent que trop besoin d'accessoires pour aider leur nature étiolée à réagir contre toutes les causes insalubres ambiantes.

Il n'entre pas dans le plan de cet ouvrage de donner des détails circonstanciés sur le nombre, les qualités et les propriétés des substances alimentaires, et des boissons qui servent ou doivent servir à satisfaire aux besoins des enfants. Nous nous bornerons donc à exposer qu'aux soupes, qu'aux potages de diverses sortes, qui forment l'accessoire ou le principal de la nourriture des enfants allaités ou nouvellement sevrés, il convient d'ajouter ou de substituer, à mesure que la première dentition s'avance ou se trouve terminée, quelques préparations plus substantielles et plus susceptibles d'exercer les forces digestives. Les légumes, les œufs, la viande, les fruits, le pain, les fécules, les pâtes, etc... font les frais de ce nouveau régime; auquel doit présider l'ordre et la régularité dans l'heure des repas. Ceux-ci sont généralement au nombre de quatre par jour, deux légers, deux plus complets, et pendant leur durée l'eau pure, l'eau légèrement rougie sert à étancher la soif (1).

(1) L'usage et l'abus des liqueurs alcooliques sont une seule et même chose à l'égard du jeune âge. L'expérience a prouvé qu'outre la stimulation dangereuse que ces boissons, prises pures, déterminent sur les organes digestifs ou vers le cerveau, elles nuisent à la croissance, probablement par les modifications fâcheuses qu'elles impriment à la nutrition.

Ces variations dans le choix et la nature des aliments, dont les seules recherches de M. Magendie auraient suffi pour constater l'opportunité, ont l'avantage de solliciter convenablement l'exercice de la fonction à laquelle on les livre; de se prêter mieux à l'assimilation et aux besoins de celle-ci.

Si la physiologie, l'anatomie et qui plus est l'expérience ont constaté la convenance d'une alimentation tout à la fois et alternativement tirée du règne végétal et animal; si l'usage en est continué; si l'utilité, si les bienfaits de cette dernière sont restés de toute évidence, malgré les protestations parties de quelques belles inspirations oratoires; si nos climats, notre genre de vie rendent parfois nécessaire quelque boisson modérément excitante ou tonique..... il demeure aussi de vérité constante que l'âge, la température, la saison doivent apporter des modifications dans la quantité et le choix des substances alimentaires destinées à pourvoir aux besoins; que ces derniers doivent être satisfaits par des mets simplement préparés, et non de manière à les exciter intempestivement ou artificiellement; car la tempérance et la sobriété n'ont été, elles, que trop justement recommandées et célébrées.

Quelques citations que nous empruntons à l'ouvrage remarquable de M. C. Broussais (1), prêteront leur appui à ce qui précède et formeront le complément de ce qui nous resterait à dire sur ce sujet.

« L'homme satisfait au besoin de l'alimentation par l'ingestion de substances solides, ou d'aliments et de substances liquides ou de boissons; mais primitivement l'intensité de ce besoin varie chez les différents hommes. Il varie chez les différentes nations, et l'appétit de l'habitant du Nord est tout autrement insatiable que celui de l'habitant du Midi... Sans changer de climat, sans sortir de notre pays natal, nous retrouvons l'analogie de ces phénomènes dans l'effet de nos différentes saisons. Qui ne sait qu'en été nous mangeons moitié moins qu'en hiver? Mais ce n'est pas encore tout, et les mêmes

(1) *Hygiène morale*, Paris, 1837, pag. 65 et suiv.

différences qui nous frappent dans le besoin d'alimentation entre les peuples du Nord et ceux du Midi, nous les retrouvons dans les différents individus d'une même contrée, soit du même sexe, soit de sexe différent.

» Loin donc que le besoin d'alimentation soit quelque chose de fixe et d'immuable, il n'y a rien de plus changeant et de plus variable, et l'on ne saurait, sans mépris des faits et de leur autorité, les soumettre à une règle absolue et imposer à tous les hommes la même loi relativement à la satisfaction de ce besoin.

» Cependant l'homme peut abuser de ce besoin et le tourner contre lui-même, tandis que c'est un de ceux le plus directement, le plus immédiatement destinés à sa propre conservation......

Le besoin d'alimentation est impérieux, il demande, comme les autres de premier ordre, à être immédiatement satisfait; il pousse à agir de suite, avant toute réflexion, sans aucune considération de ce qui lui est étranger; c'est qu'il est aveugle, et par conséquent il est nécessaire qu'il soit éclairé; c'est qu'il tend à dominer la volonté, à opprimer toutes les facultés dès qu'il se fait sentir, et par conséquent qu'il a besoin d'être réprimé et dirigé, si l'on veut qu'il ne dépasse pas les bornes que lui impose la loi de notre nature.

Nous venons de voir le besoin d'alimentation impérieux quand il n'est pas satisfait; mais qu'on ne s'y trompe pas, il ne l'est pas moins lorsqu'on lui cède; il l'est même d'autant plus qu'on lui obéit plus servilement et qu'on le flatte davantage.... Une alimentation trop abondante, ajoute M. Broussais, nous rend inertes, des boissons ou des aliments trop excitants stimulent trop vivement nos viscères, nos sens, notre système nerveux, et, nous jetant dans la sensualité, donnent une activité exubérante à tous nos instincts, à toutes nos passions, à tout ce qui émeut et bouleverse notre économie, à tout ce qui est aveugle en nous, à tout ce qui tend à opprimer notre intelligence, notre volonté, nos sentiments supérieurs, et par conséquent à empêcher le développement d'une foule de facultés dont la nature nous a doués. L'excès de nutrition ou de

stimulation gastrique nous dispose à toute espèce de maladies, aux plus graves, aux plus longuement douloureuses, aux plus promptement mortelles........ De tout temps, les fâcheux résultats de ces sortes d'excès ont été combattus......

Certaines sectes philosophiques ou religieuses se sont imposé la loi de s'abstenir complètement de viande, de s'astreindre à un régime purement végétal, dans le but de rendre l'homme moins sujet aux passions, moins soumis à leur empire. On peut lire sur ce sujet, outre les morceaux de Plutarque et de J.-J. Rousseau, l'ouvrage moins connu de Porphyre, philosophe néoplatonicien de l'école d'Alexandrie en Egypte, qui abonde en excellentes raisons. Mais toutes ces vues sont systématiques et trop dédaigneuses de l'histoire naturelle de l'homme. L'anatomie nous prouve que son organisation tient, quant aux organes de la digestion, tout à la fois de celle des carnivores et des herbivores; vous ne devez donc exiger de régime végétal que dans un but d'hygiène individuel; pour tel cas particulier, et non pas comme règle générale. A cet égard, le prétexte du maigre, deux fois par semaine, dans le catholicisme, est beaucoup plus rationnel, beaucoup plus sainement hygiénique que le régime pythagoricien exclusif......

La sensation de la faim et celle de la soif sont là pour nous avertir qu'il est temps de sacrifier au besoin de nutrition; et les aliments comme les boissons les plus simples sont aussi les meilleurs, car ils ne cachent pas la satiété véritable sous un appétit factice.... etc., etc. »

Exonération. — Toutes les parties des aliments et des boissons consommés, ne servent pas aux besoins de l'assimilation; certaines fractions, sous forme de sécrétions excrémentitielles, sont rejetées au-dehors de l'économie. Les convenances sociales imposent au besoin d'exonération une contrainte dont la santé a quelquefois beaucoup à souffrir. Les enfants ne doivent pas pâtir de la rigueur de ces règles; mais il faut de bonne heure, néanmoins, les accoutumer à la propreté, en les mettant fréquemment à même, quoique parfois inutilement, de satisfaire leurs besoins, et en les gourmandant quand de petites catas-

trophes surviennent et n'ont pas pu être prévenues, parce qu'ils n'ont pas donné l'éveil assez à temps.

Exercice. — Après les repas, la promenade, quelques jeux, en un mot l'exercice, mais non un exercice violent, convient, favorise la digestion.

Les anciens avaient particulièrement reconnu l'utilité des exercices du corps. *Labor corpus validum efficit* (Hippocrate). — *Ignavia corpus hebetat, labor firmat, illa maturam senectutem, hic longam adolescentem facit* (Celse). La gymnastique, actuellement cultivée en France, en Angleterre, en Allemagne et en Suisse est d'origine grecque.

L'exercice, en accélérant les mouvements organiques, rend les fonctions plus actives; son influence est surtout salutaire au jeune âge : elle contribue à répartir, à régulariser et à consommer la suractivité vitale. L'activité chez l'enfant est surabondante, elle s'étend au-dehors et se montre dans toutes ses actions.

« Voulez-vous cultiver l'intelligence de votre élève, dit Rousseau, cultivez les forces qu'elle doit gouverner, exercez continuellement son corps, rendez-le robuste et sain pour le rendre raisonnable et sage; qu'il agisse, qu'il coure, qu'il crie, qu'il soit toujours en mouvement; qu'il soit homme par la vigueur, et bientôt il le sera par la raison. »

Mais pour retirer des bienfaits réels de ces pratiques hygiéniques, il faut qu'elles soient appropriées à l'âge, à la force, à la constitution des enfants et jamais poussées jusqu'à la fatigue énervante.

L'exercice qui convient à l'enfant à la mamelle est la promenade sur les bras, dans de petits chariots ou en voiture; son abandon, dans le plus simple appareil, sur un tapis ou une couverture, où il puisse prendre en liberté ses ébats.

La progression prématurée, celle que l'on cherche à favoriser en soutenant le jeune enfant par le bras, par des lisières, ou soit au moyen de cages roulantes, ont le grave inconvénient d'obliger celui-ci à se tordre, à se courber, et favorise, par ces inclinations forcées et souvent renouvelées, les incurvations vi-

cieuses auxquelles prête singulièrement le manque de densité des os.

Quant aux différens genres d'exercice qui conviennent à un âge plus avancé, tous ceux qui meuvent les bras et les jambes, qui ont lieu en plein air, qui sont exempts de dangers, paraissent bons et salutaires. Du reste, nous renvoyons pour les détails minutieux, qui ne peuvent entrer ici, aux traités spéciaux d'hygiène (1).

Nous ajouterons seulement quelques mots au sujet de la natation et par conséquent des bains de rivière, des bains froids.

Les mouvemens alternatifs de flexion et d'extension et la coopération de tous les muscles qu'exige l'action de nager, développent puissamment la force musculaire. Ces mouvemens du corps animent la circulation et facilitent la réaction nécessaire pour compenser la déperdition de calorique que subit la périphérie.

Cet exercice est généralement salutaire à la jeunesse; mais, comme il est inséparable de l'action du bain froid, il faut, avant de le prescrire, étudier et se rendre compte des effets de ce dernier. Nous empruntons les notions, suivantes sur ce sujet, à l'ouvrage de M. Simon (2) :

Bains. — «... Quels seront les effets des bains froids, c'est-à-dire de 5 à 10° au-dessus de 0 Réaumur. La chaleur propre au corps étant de 30 à 32°, et ce degré étant nécessaire à l'entretien de la vie, il arriverait que celle-ci s'éteindrait par la soustraction de calorique, d'abord de la surface de la peau et de proche en proche, des parties plus profondes, si le consensus général des organes ne se tourmentait avec activité pour résister à une cause dont il reconnaît l'action destructive. L'action du froid, en sous-

(1) Nous indiquons plus spécialement l'*Éducation sanitaire* du docteur Delacoux ; le *Traité d'hygiène de la jeunesse*, du docteur Simon, de Metz ; *la Macrobiotique*, d'Hufeland ; l'*Éducation physique des jeunes filles*, du docteur Bureaud de Riofrey, le *Manuel d'hygiène*, du docteur Cérise, etc., etc.

(2) *Loc. cit.*, p. 91.

trayant une quantité considérable du calorique de la peau, détermine une vive impression sur le système nerveux ; et en condensant les tissus, refoule le sang à l'intérieur, ou plutôt l'empêche de pénétrer dans les capillaires cutanés : alors ce sont les vaisseaux intérieurs les plus dilatables, ou les moins résistans qui sont engorgés par ce reflux de sang ; alors l'équilibre de la circulation est détruit, et il se forme des concentrations dans les organes intérieurs ; alors le cœur recevant une plus grande partie de sang ; cet excitant naturel imprime à ses mouvemens plus de force et d'activité, ce qui détermine la réaction, ou l'action secondaire qui porte le sang à la peau. Ainsi est expliquée la décoloration générale qui est l'effet immédiat de l'immersion dans l'eau froide et la vive coloration qui survient quelques instants après. Cette exaltation de la vie, nécessaire dans cette occasion pour repousser l'action stupéfiante du froid, deviendrait bientôt funeste si elle durait longtemps. Mais, si elle n'est que momentanée, l'action du froid, loin d'être nuisible, détermine d'abord le resserrement des solides, la diminution du calibre des vaisseaux extérieurs, une circulation plus rapide des humeurs ; il semble que tous les éléments du corps se rapprochent davantage, afin de présenter moins de surface au froid, et afin de réagir avec plus d'énergie contre cet agent. Cette lutte de l'organisation contre une cause très-active qui, d'ailleurs, ne dépose dans l'économie aucun principe dont la présence soit nuisible, a pour résultat d'accroître l'énergie du corps, à moins que le sujet ne soit trop faible pour y résister, ou, comme on vient de le dire, que la lutte ne soit trop prolongée, etc.

Les bains froids conviennent donc aux tempéraments lymphatiques. Ils sont aussi très-avantageux lorsqu'on veut combattre des relâchemens partiels de tissu ; mais il faut observer que les individus faibles ne pourraient supporter sans danger les mouvements organiques que ces bains déterminent. Par la même raison, ils peuvent être nuisibles aux jeunes gens dont la poitrine est délicate et à ceux dont les organes intérieurs sont sujets à des engorgements ou à des inflamma-

tions, etc. Galien avait dit des bains froids : *Vel roborant, vel obruunt facultatem et torporem inducunt.*

Les philosophes, plutôt que les médecins, ont conseillé l'usage des bains froids aux jeunes enfans. Le froid, en général, est l'ennemi de l'enfant qui vient de naître, dit le docteur Capuron (1); il nuirait surtout à celui qui serait naturellement faible, à moins qu'il ne conserve assez de ton ou de force réactive pour en supporter l'impression. Dans le cas contraire, on aurait à redouter l'engourdissement et la contraction des muscles, même l'apoplexie et la mort. Ce n'est donc que le bain tiède qu'il faut employer, mais avec discrétion et comme un moyen d'entretenir la propreté des enfans.

Le bain tempéré, exerce une action sédative très utile chez les jeunes enfans irritables; il réussit surtout à l'époque de la dentition et dans l'imminence des troubles de l'innervation. Il est bon d'y accoutumer de très bonne heure; car, si plus tard leur usage venait à être prescrit médicalement, l'effroi et les cris des petits malades en ôteraient tout le bienfait.

Repos, sommeil. — A l'activité doit succéder le repos; l'enfant a plus particulièrement besoin de l'un et de l'autre. Dans l'enfance, le sommeil doit être plus long que dans la jeunesse; pour celle-ci plus prolongé que pour l'âge suivant. Jusque vers la première dentition; l'enfant dort environ dix heures pendant la nuit et plusieurs heures encore pendant le jour. Un peu plus tard, le temps seul de la nuit suffit.

M. Friedlander a donné une division des heures qui doivent être affectées, selon les différens âges, au sommeil, à l'exercice, aux occupations et au repos : nous la reproduisons avec l'annotation de M. le docteur Simon.

(1) *Loc. cit.*

	HEURES			
Ages.	de sommeil.	d'exercice.	d'occupation.	de repos.
7 ans	9 à 10	10	1	4
8	9	9	2	4
9	9	8	3	4
10	8 à 9	8	4	4
11	8	7	5	4
12	8	6	6	4
13	8	5	7	4
14	7	5	8	4
15	7	4	9	4

Comme il est à peu près impossible d'adopter dans les colléges des catégories aussi nombreuses, on pourrait ne former que trois divisions de sept à dix ans, de dix à quatorze, et de quatorze à dix-huit, à chacune desquelles on appliquerait la moyenne des nombres précédens. Il conviendrait aussi de confondre les heures d'exercice et de repos, puisque les élèves doivent pouvoir user des récréations selon leurs besoins.

Une juste et convenable répartition entre le temps de l'emploi des forces et celui du repos, favorise les mouvemens, les évolutions organiques et la croissance; seule, est apte à maintenir ou à rétablir l'équilibre dérangé par cette dernière.

Croissance. — L'enfant (1) augmente d'environ trois pouces pendant la seconde année, c'est-à-dire que sa taille s'élève de 25 à 28 pouces à 28 ou 30 mois; il croît à trois ans de 2 pouces (c'est-à-dire arrive de 30 à 32); à quatre ans, il arrive de 33 à 35; à cinq, de 36 à 38; à six, de 39 à 40; à sept, de 41 à 42. Souvent l'accroissement fait une pause à sept ou huit ans. Le poids augmente d'à-peu-près 20 livres; et, à sept ans, il est d'environ 40 livres.

D'après les calculs de Quetelet, le terme moyen de la taille

(1) *Traité de physiologie*, par Burdach, professeur à l'Université de Kœnigsberg, traduction du docteur Jourdan, 1839, t. IV, p. 463.

et de la pesanteur durant les sept premières années de la vie, est celui-ci :

	CHEZ LES GARÇONS.				CHEZ LES FILLES.			
	Longueur.		Poids.		Longueur.		Poids.	
	pouc.	lig.	livres.	onces.	pouc.	lig.	livres.	onces.
A 2 ans	30	3	24	3 1/2	29	9	22	12 1/2
A 3 —	33	»	26	10	32	6	25	3
A 4 —	35	6	30	6 1/2	35	»	27	12 1/2
A 5 —	37	9	33	11	37	3	30	11
A 6 —	39	»	36	13 1/2	39	6	34	3
A 7 —	42	3	40	13	41	6	37	8

Plus tard l'accroissement a lieu d'une manière moins rapide et moins uniforme; la longueur du corps, qui avait augmenté d'environ vingt-deux pouces pendant les sept premières années, ne croit que d'environ quatorze pouces durant les sept années qui suivent et arrive environ à quatre pieds et demi (1). Le poids qui s'était accru d'à-peu-près trente livres, durant la période précédente, angmente maintenant de quarante-et-une, et finit par s'élever environ à quatre-vingts livres. Quetelet assigne les nombres moyens qui suivent à la taille et au poids du corps.

	CHEZ LES GARÇONS.				CHEZ LES FILLES.			
	Longueur.		Poids.		Longueur.		Poids.	
	pouc.	lig.	livres.	onces.	pouc.	lig.	livres.	onces.
A 8 ans	44	6	44	5 1/2	43	6	40	10 1/2
A 9 —	46	6	48	6 1/2	45	6	45	9 1/2
A 10 —	48	9	52	6 1/2	47	9	50	4
A 11 —	50	9	57	14 1/2	49	6	54	14
A 12 —	52	9	63	11 1/2	51	9	63	11 1/2
A 13 —	55	»	73	7	53	6	70	6
A 14 —	57	»	82	13	55	6	78	9 1/2
A 15 —	59	»	93	6 1/2	57	3	86	7
A 16 —	60	»	10	2 1/2	58	6	93	4 1/2

(1) Voyez L.-R. Villermé, mémoire sur la taille de l'homme en France (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. I, p. 351 et suiv.)

Éducation morale. — L'enfant qui vient de naître ne paraît sensible qu'au besoin et à la douleur, son existence est presque végétative. Les fonctions de la vie organique sont entrées largement en exercice, mais il n'en est pas de même à l'égard de celles de la vie de relation. Le développement des fonctions supérieures du cerveau n'est que progressif et suit de loin la croissance des forces physiques.

Ce n'est que vers le deuxième mois que les yeux paraissent un peu sensibles à la lumière, l'oreille au bruit; tandis que l'odorat, le goût et le toucher restent dans un état de torpeur ou d'ébauche jusqu'après la première année. A mesure que les sens s'éveillent et se perfectionnent, des impressions mieux déterminées arrivent au cerveau. Les impressions organiques internes communiquent l'instinct des besoins; les rapports établis au dehors, au moyen des sens externes mettent à même d'y satisfaire. Sous l'influence, et par le concours des sensations, le sens intime s'établit, la volonté se déclare, les penchans se prononcent, les facultés d'un ordre supérieur se manifestent, font éclore, avec le temps, la raison et le jugement nécessaires pour diriger et coordonner ces mouvemens divers.

Il est d'autant plus important de diriger l'enfant qui, *au milieu des impressions qui sont toutes également neuves pour lui, semble, ainsi que le dit Cabanis* (1), *courir rapidement de l'une à l'autre:* il est d'autant plus important de surveiller les premières impressions, qu'elles sont durables, parfois indélébiles; que le jeune âge est particulièrement imitateur; que l'exemple, quel qu'il soit, pénètre profondément et se trouve plus tard difficile à déraciner.

Quant à l'opportunité de la culture des facultés intellectuelles, elle est plus que démontrée par la nécessité d'opposer les sentiments supérieurs à l'impulsion aveugle des besoins instinctifs, et à la dépravation des affections de l'âme ou aux passions.

Le plus ou moins grand développement de chacune des fa-

(1) *Rapport du phys. et du moral*, t. I, p. 264.

cultés est chose assez commune dans la vie morale et intellectuelle des hommes ; de là tant de spécialités plus ou moins remarquables ; mais une certaine éducation des autres facultés n'en a pas moins eu lieu, et le plus souvent n'a pas été indifférente à la prééminence de certaines d'entre elles. Tandis que le développement précoce et exclusif de certaines dispositions, chez les jeunes sujets, se fait trop fréquemment aux dépens de toutes les autres, et tel enfant qu'on a vu briller par une merveilleuse mémoire, ou par une admirable facilité à combiner les chiffres et les nombres, n'a souvent constitué dans la suite qu'un homme très-médiocre.

Les funestes résultats de l'activité prématurée de certains penchants démontre l'utilité de diriger le développement physique et moral de l'enfant, suivant l'ordre et le temps voulu par les lois de l'organisme, et de le préserver des incitations diverses qui peuvent contrarier cette sage et prudente économie.

Habitudes. — Bien que les organes qui établissent les différences des sexes soient sans action dès les premières années ; les habitudes, les manières ne sont pas les mêmes chez les petits garçons et les petites filles.

Mais il arrive aussi qu'en acquérant avec le temps la conscience du monde extérieur et de son sexe, l'enfant, à peine quelquefois âgé de deux ou trois ans, est déjà entraîné à porter une excitation dangereuse vers ses organes génitaux. Ces pernicieuses habitudes, le plus souvent aussi résultats de mauvais conseils, de mauvais exemples, ou même d'imprudentes recommandations, ne se prennent néanmoins le plus fréquemment que vers la neuvième ou la douzième année, également chez les enfants et les adolescents de l'un et l'autre sexe (1). Ces penchants capables de ruiner, jusque dans leurs bases, les constitutions les mieux assises, sont d'autant plus funestes quand ils concernent de jeunes, tendres et encore imparfaites organisations.

(1) Voir à l'appendice l'article ONANISME.

Quand les forces de la jeunesse résistent à ces pratiques vicieuses (non cependant alors poussées à l'excès), leur continuation dispose, dans un âge plus avancé, à l'abus des jouissances érotiques, qui, non-seulement rabaisse l'intelligence, mais détériore profondément l'organisme entièrement sacrifié à un besoin aveugle et brutal. Mais trop souvent, d'ailleurs, l'usage enfante l'abus, et dès-lors il n'est pas jusqu'aux constitutions les plus fortes qui ne se trouvent plus ou moins complétement et rapidement ruinées. La mort qui vient mettre un terme à ces déplorables excès est lente et précédée de la perte de la vie intellectuelle, morale et de la dégradation des facultés; car ces penchants peuvent être poussés jusqu'à la frénésie, et au crétinisme....., de sorte que la victime de ces actes brutaux n'est plus guère qu'un objet tout à la fois de pitié et de dégoût.

CHAPITRE II.

Des affections encéphalo-méningées (meningite, encéphalite, méningo-encéphalite, hydrocéphale aiguë, fièvre, irritation, hypérémie cérébrales, etc.), considérées sous le rapport de leur nature, de leurs symptômes, de leur durée, de leurs terminaisons, de leurs variétés, de leurs complications, de leurs traces anatomiques et de leur traitement.

I.

En réunissant dans un même article plusieurs affections de l'appareil nerveux, nous n'avons l'intention de méconnaître aucune distinction fondée. Notre principal but, en nous affranchissant de quelques divisions scolastiques, est de chercher à faciliter davantage la vérification des différences, ou l'appréciation des nuances qui séparent divers états morbides, ou seulement les degrés différents d'une même maladie; car dans plusieurs de ces affections *diversifiées*, la plupart des phénomènes et des lésions, simultanément ou non, se mêlent, se combinent, se confondent (du moins chez les enfants) : de sorte que l'uniformité et les morcellements, que les coupes régulières dans les descriptions ne peuvent être que factices et exposent à de nombreux mécomptes en médecine clinique, où les types constituent plutôt l'exception que la règle.

Revenir sur des choses déjà établies; chercher à détruire telle espèce de régularité nosologique, toute artificielle, résultant de la prétendue coïncidence immuable de tels caractères physiologiques, avec tels caractères anatomiques, n'est s'opposer ni à l'ordre, ni à la méthode, ni empêcher une science de se clore, de devenir exacte : c'est plutôt la servir que de rompre toute harmonie factice, que de ne point admettre ce que dément une observation large et non spéculative.

Quoique la maladie, diversement désignée sous les noms d'*hydrocéphale aiguë*, de *fièvre cérébrale*, de *méningo-encéphalite*

des enfants, etc., ne soit pas encore, pour ainsi dire, de vieille date; ou du moins que son inscription dans les cadres nosographiques, et que ses descriptions un peu précises ne remontent guère qu'au temps des recherches modernes des médecins anglais et de ceux de Genève, déjà une foule de publications ont pris pour texte un semblable sujet.

De nos jours, c'est presque généralement à la doctrine de l'irritation que l'on a rattaché ce que l'on sait sur la cause et la nature de cette classe d'affections; mais il s'en faut que l'on soit aussi d'accord relativement à la désignation du siége anatomique des lésions.

Ce siége, beaucoup de pathologistes l'indiquent et le fixent; mais la plupart le font diversement. C'est dans la membrane séreuse qui revêt les ventricules cérébraux, que réside, suivant plusieurs, l'irritation plus au moins voisine de l'inflammation, ou la phlegmasie elle-même constitutive de l'état morbide dont il est question; son siége est dans les membranes de la base, suivant d'autres; dans celles de la convexité, suivant ceux-ci; borné à la substance cérébrale des parois ventriculaires, suivant plusieurs. La phlegmasie enfin, suivant quelques-uns, s'étendrait tout à la fois au cerveau et à ses enveloppes. Chacun rapporte des faits en faveur de son opinion...; il en est en effet, pour tous, et de telle sorte même, qu'une assertion ne détruit pas l'autre, et que, si l'on oppose les uns aux autres ces avis et documents divers, on trouve, en résumé, que leurs auteurs tendent collectivement à mettre hors de doute une conséquence en opposition directe avec les conclusions que chacun d'eux avait prises en particulier, savoir : *Que des caractères anatomiques variables peuvent se rencontrer à la suite des groupes de symptômes dits hydrocéphaliques.*

Nous chercherons à démontrer que la maladie qui tour à tour a reçu les noms de fièvre cérébrale des enfants, d'hydrencéphale, d'hydrocéphale aiguë, de méningo-encéphalite, etc., peut être constituée, soit par une irritation plus ou moins vive, soit par une inflammation plus ou moins intense, plus ou moins étendue, diversement localisée, séparée ou réunie

du cerveau et de ses enveloppes, et qu'elle présente des caractères physiologiques et anatomiques nombreux, variables, inconstants même, soit dans leur succession, soit dans leurs rapports réciproques, soit dans leurs manifestations; de sorte que s'il était toujours possible de distinguer entre elles, pendant la vie, les affections multiples, quoique de même nature, mais différentes, quant à leur siége, leur degré et leurs symptômes, qui se trouvent comprises sous ces désignations, les dénominations de méningite, encéphalite, méningo-encéphalite, ou celle d'irritation et même d'hypérémie cérébrales, seraient alternativement les seules véritablement convenables.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Fille âgée de treize ans et demi. — Céphalalgie. — Nausées. — Vomissements. — Pouls, 64 pulsations par minute. — Chaleur de la peau naturelle. — Respiration inégale, suspirieuse. — Roulement des globes oculaires. — Oscillation des pupilles. — Torpeur; assoupissement. — Mutité. — Délire; agitation. — Pouls vif, fréquent. — Somnolence alternant avec des convulsions.

Pas d'épanchement dans les ventricules. — Infiltration purulente en arrière des nerfs optiques et dans les scissures de Sylvius, se prolongeant entre les deux hémisphères. — Aplatissement des circonvolutions. — Parties centrales fermes, intactes.

Lecomte (Aglaé), âgée de treize ans et demi, entra le 15 septembre à l'hôpital des Enfans.

Le 10 du même mois, elle avait eu beaucoup de frayeur et de chagrin à la suite de mauvais traitemens, dont elle avait été l'objet, de la part de ses parens. Depuis lors, elle avait éprouvé de la fièvre, n'avait plus de sommeil, était tourmentée par des vomissements et des envies de vomir, et ressentait des maux de tête.

Le 15, jour de son admission à l'hôpital, son pouls ne battait que soixante-quatre fois par minute; la chaleur de la peau était naturelle, sa sensibilité obtuse; la malade se soutenait assise sur son séant, en penchant pourtant son corps à droite; la respiration était naturelle; les pupilles point dilatées; la malade avait eu une selle. A ces symptômes, jus-

qu'au 16 et au 17 inclusivement, se joignirent la fétidité de l'haleine, la pâleur de la face, une sorte de mutité.

Les jours suivants, jusqu'au 23, respiration inégale suspirieuse ; roulement du globe de l'œil en divers sens ; resserrement et dilatation alternative des pupilles ; air de stupidité et d'hébétude ; sorte de torpeur des facultés intellectuelles ; inertie des fonctions sensoriales et locomotrices ; assoupissement comateux alternant avec un état d'abattement, pendant lequel la malade semble, parfois, reprendre connaissance ; évacuations involontaires.

Le 23, délire, agitation ; rougeur de la face ; pouls vif, fréquent ; soif ; pas de vomissement.

Le 24, état de somnolence alternant avec des mouvements convulsifs. Pendant les convulsions, le visage devenait rouge, vultueux, gonflé ; les conjonctives étaient injectées, surtout la gauche ; les yeux dirigés à gauche, fixes et insensibles à l'action de la lumière ; les muscles de la face étaient agités de mouvements convulsifs ; la bouche se remplissait d'écume ; la respiration se faisait d'une manière pénible et comme incomplète ; chaque moitié longitudinale du corps se raidissait et se relâchait alternativement ; le pouls battait environ cent douze fois par minute. A ces crises succédait un état comateux, pendant lequel on observait la résolution complète des membres et une sorte d'abolition des fonctions de relation. Cette alternative de phénomènes morbides si opposés se répéta fréquemment et se termina par la mort.

Autopsie cadavérique.

Les circonvolutions cérébrales étaient déprimées, aplaties ; les vaisseaux superficiels peu injectés ; les membranes de la convexité, ni sèches, ni épaissies, n'offraient, enfin, rien de particulier. Il existait quelques adhérences vers la partie inférieure de la grande scissure cérébrale. La substance des deux hémisphères, tant sous le rapport de la coloration que de la consistance, ne présentait rien d'extraordinaire. (Sont comprises dans cette remarque les parties centrales du cerveau,

c'est-à-dire les parois ventriculaires latérales, la cloison, le trigone, etc.) Les ventricules cérébraux ne contenaient point de sérosité; ils n'étaient qu'humides. Au devant de la commissure des nerfs optiques, le tissu sous-arachnoïdien était infiltré d'un liquide demi-concret et d'un blanc verdâtre; une infiltration semblable se remarquait dans les scissures de Sylvius et surtout dans celle du côté gauche; cette infiltration se prolongeait en avant et s'étendait jusque dans le grand sillon où existaient les adhérences déjà indiquées; quelques-unes des pseudo-membranes qui les constituaient étaient également infiltrées de pus; la substance cérébrale de la base semblait un peu plus molle que celle des hémisphères; elle n'était point, d'ailleurs, non plus injectée. A la partie supérieure du cervelet, vers le corps vermiculaire supérieur, existait une infiltration purulente semblable à celle qui a été déjà décrite.

Le cervelet incisé ne présentait rien de remarquable.

Quelques tubercules existaient dans les poumons; les ganglions bronchiques étaient en partie rouges, en partie tuberculeux.

La membrane muqueuse de l'estomac était pâle et recouverte de mucosités. Dans le duodénum, quelques follicules isolés, de Brunner, étaient développés et boursoufflés. Un état semblable de quelques-unes de ces glandes s'observait vers la fin de l'intestin grêle; quelques rougeurs existaient à la surface du gros intestin.

Exposé succinct du traitement qui avait été suivi.

1° Sangsues derrière les oreilles;
2° Vésicatoires et sinapismes aux extrémités inférieures;
3° Scarifications pratiquées sur la membrane pituitaire;
4° Calomel, lavements purgatifs;
5° Saignée de pied, vésicatoire sur la tête, calomel, jalap.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Age, douze ans. — Convulsions répétées. — Dans l'intervalle des crises, intégrité parfaite des facultés intellectuelles et de rapport. — Absence de toute céphalalgie. — Pouls fréquent.

Inflammation des membranes de la convexité. — Sorte d'œdème de la substance cérébrale. — Faible ramollissement du trigone. — Épaississement de l'arachnoïde des ventricules. — Angine couenneuse. — Pneumonie, etc.

Génat (Marie-Louise), âgée de douze ans et deux mois, entra à l'hôpital des Enfants, le 18 octobre 1826. Pendant l'intervalle de temps compris entre cette époque et les premiers jours du mois d'avril suivant, elle fut successivement traitée et guérie de la rougeole et de la teigne. Sa santé paraissait rétablie, et, malgré un peu de toux, qui persistait encore, on se disposait à la laisser sortir de l'hôpital, quand, tout à coup, le 26 du même mois, elle éprouva une attaque convulsive qui dura environ pendant une heure. Durant cette crise, le pouls était petit et fréquent, la peau chaude, la face rouge, vultueuse, les conjonctives injectées, les globes des yeux renversés, les pupilles insensibles et dilatées; une salive écumeuse inondait la bouche et se répandait au dehors; les mâchoires étaient serrées et se froissaient par instants; la respiration était haute, bruyante, pénible, et de violentes secousses convulsives agitaient, d'ailleurs, fréquemment le tronc et les membres. La nuit suivante fut paisible, mais les mêmes accidents reparurent le 27 au matin et se continuèrent pendant trois heures; le milieu du jour fut calme, mais les convulsions reparurent de nouveau dans la soirée, et à quelques moments de calme près, très rares du reste, elles persistèrent jusqu'à une heure de la nuit.

Le 28, pouls cent vingt pulsations par minute; sensibilité du ventre à la pression; nausées, vomissements; pas d'évacuation alvine; intégrité parfaite des facultés intellectuelles et de rapport; ni assoupissement, ni céphalalgie. Quelques mouvements spasmodiques furent remarqués dans la soirée.

Le 29, pouls, cent vingt-huit pulsations par minute; ni nausées, ni vomissements; ventre toujours sensible à la pression; une selle naturelle.

Le 30, apparut une stomatite couenneuse; la langue gonflée et saignante était recouverte, sur ses bords, de liserés de ma-

tière plastique ; les gencives offraient de semblables plaques ; la bouche était très douloureuse et l'haleine fétide ; le ventre continuait d'être sensible, et cependant il n'existait point de diarrhée ; le pouls battait cent trente-deux fois par minute ; la chaleur de la peau était peu marquée.

Les jours suivants, le pouls tomba à quatre-vingt-seize pulsations ; le gonflement qui accompagnait la stomatite était moindre, l'affection de la bouche était devenue l'affection principale et marchait vers la résolution, quand apparurent de nouveaux troubles nerveux. Du reste, il n'y eut cette fois qu'une crise ; ce fut dans la soirée du 9 mai.

Du lendemain jusqu'au 26 courant, on aurait pu croire à une guérison définitive et prochaine, lorsqu'une nouvelle maladie vint encore se jeter à la traverse : les signes d'une phlegmasie des poumons et des broncbes se manifestèrent en effet ; l'état général de la malade alla, dès lors, tous les jours, en empirant ; la stomatite devint gangréneuse, la faiblesse très grande ; les jambes s'infiltrèrent, et la mort survint dans les premiers jours de juillet.

Autopsie cadavérique le 13 juillet.

Il existait un peu de sérosité transparente dans la grande cavité de l'arachnoïde ; la surface libre de cette membrane était humide. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, vers la superficie des hémisphères cérébraux, était infiltré ; cette infiltration apparaissait sous la forme d'une gelée transparente. L'arachnoïde détachée et opposée à la lumière présentait çà et là des plaques semi-obscures d'un gris-jaunâtre. La face cérébrale de la dure-mère qui dominait les hémisphères, quoique lisse, était recouverte de speudo-membranes nombreuses. Cette exsudation plastique paraissait avoir eu lieu entre la face cérébrale de la dure-mère et le feuillet arachnoïdien qui la tapisse ; ces fausses membranes, du reste, étaient épaisses et résistantes. La substance grise était peu colorée ; la blanche paraissait privée de vaisseaux sanguins, et toutes les deux, très hu-

mides, étaient comme imbibées de sérosité, sans pourtant que leur consistance parût diminuée. Les ventricules latéraux contenaient environ une once et demie de sérosité un peu trouble; l'arachnoïde ventriculaire épaissie, assez ferme, était très distincte; la consistance de la voûte à trois piliers était peut-être un peu diminuée, mais la cloison et les parois ventriculaires n'étaient nullement ramollies. Le canal rachidien contenait un peu de sérosité; la moelle épinière n'offrait aucune lésion.

La membrane muqueuse de l'estomac était parsemée de quelques points rouges vers le cardia et vers sa petite courbure; à la surface interne du cœcum et du colon, se dessinaient quelques arborisations rouges.

Les deux lobes du poumon gauche étaient adhérents entre eux et en partie hépatisés; le poumon droit était sain, et la plèvre de ce côté recouverte de quelques fausses membranes; il existait un peu de rougeur vers la division des bronches.

Les reins contenaient quelques tubercules miliaires.

TROISIÈME OBSERVATION.

Age, quatre ans. — Céphalalgie. — Agitation. — Nausées. — Vomissements. — Délire. — Pouls fréquent. — Respiration inégale. — Grincements de dents. — Assoupissement alternant avec de l'agitation. — Pupilles dilatées. — Intégrité des facultés intellectuelles et de rapport. — Coma. — Pas de toux. — Infiltration gélanitiforme vers la convexité des hémisphères. — Un peu de sérosité louche épanchée daus les ventricules latéraux. — Nul ramollissement des parties centrales du cerveau et nulle trace de phlegmasie à la base de ce viscère. — Pneumonie. — Variole.

Renaud (Françoise), âgée de quatre ans, entra à l'hôpital des Enfants le 3 mai 1826. Cette petite fille, faible et délicate, se plaignait, depuis cinq jours, de la tête. Des nausées et des vomissements s'étaient déclarés en même temps que la céphalalgie, mais ils avaient cessé dès le lendemain. Tantôt assoupie, tantôt agitée, cet enfant éprouvait surtout de l'agitation, de l'anxiété pendant les nuits; parfois elle délirait.

Le 3 mai, lors de la visite, elle se trouvait dans l'état suivant : Pouls, cent seize à cent vingt pulsations par minute; chaleur de la peau naturelle; céphalalgie sus-orbitaire; front brûlant; nausées; respiration inégale; tremblement des mains; yeux fixes; figure abattue, altérée; soif vive; langue blanche; ventre sensible à la pression; constipation.

Symptômes nouveaux et modifications survenues dans les symptômes énumérés.

Le 4 mai, assoupissements momentanés; bâillements. La malade, très susceptible, très irritable, crie aussitôt qu'on la touche, mais retombe bientôt dans l'assoupissement; elle répond avec justesse quand on la questionne, ne se plaint plus de la tête; les pupilles n'offrent rien de remarquable; toux sèche.

Le 5, pouls, cent vingt-huit pulsations par minute; pupilles dilatées. La malade demande souvent à boire.

Le 6, pas d'envie de vomir; pouls, cent seize pulsations; grincements de dents.

Le 7, deux selles verdâtres; la figure est encore plus altérée; les yeux sont caves; des rides sillonnent le contour des ailes du nez et la commissure des lèvres; pupilles largement dilatées; réponses exactes; pouls, cent vingt-huit pulsations; la malade soutient bien sa tête quand on la soulève.

Le 9, pouls, cent huit pulsations; l'enfant crie moins, gémit moins; elle est plus abattue, plus assoupie, ne répond plus aux questions qu'on lui adresse.

Le 14, trois évacuations; peau chaude; pouls, cent douze pulsations.

Le 18, pouls, cent vingt-huit pulsations, une selle.

Le 19, pouls, cent trente-deux pulsations.

Le 20, pouls, cent quarante pulsations; peau sèche; un vomissement.

Le 21, éruption de varioloïde; pouls, cent vingt-huit pulsations.

Le 22, pustules pâles, affaissées, très nombreuses sur les extrémités; diarrhée; grincements de dents continuels.

Mort, le 23, sans convulsions, à quatre heures du matin.

Pendant le cours de cette maladie, des sangsues furent appliquées derrières les oreilles et autour de la base du crâne, des sinapismes furent placés aux extrémités inférieures; des applications froides furent faites sur la tête.

On prescrivit des bains, le calomélas, etc.

Autopsie cadavérique le 24 mai.

Les sinus de la dure-mère contenaient peu de sang séreux; les vaisseaux superficiels des hémisphères cérébraux étaient peu gorgés de sang. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, vers la superficie du cerveau, était infiltré d'une sérosité transparente assez abondante, et apparaissant sous forme de gelée. La substance des hémisphères cérébraux, quoique humide, n'offrait rien de remarquable sous le rapport de sa coloration ou de sa consistance. Les plexus choroïdes étaient pâles, les parties centrales (trigone, cloison, etc.) fermes. Dans chaque ventricule latéral, se trouvait environ une cuillerée de sérosité un peu trouble. Il n'existait ni infiltration ni fausses membranes à la base du crâne.

Larynx, trachée et bronches : Muqueuses légèrement injectées ; poumon gauche sain; poumon droit, vers son tiers postérieur et à sa base, hépatisation grise; le reste du lobe inférieur droit était engoué.

La muqueuse de l'estomac était rose et légèrement piquetée de rouge. Dans le duodénum, les follicules de Brunner étaient rouges sans être développées, et la membrane muqueuse de cette partie de l'intestin ne présentait pas, d'ailleurs, de rougeurs. Sur toute la surface interne de l'intestin grêle et du gros intestin, apparaissaient une infinité de points noirâtres correspondant à l'orifice des follicules isolés. Vers le tiers inférieur de l'intestin grêle, quelques plaques grisâtres faisaient une légère saillie.

Nulle autre lésion apparente.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Age, vingt-deux mois; petite fille chétive. — Diarrhée. — Vomissements. — Pouls, 96 pulsations, puis très-fréquent. — Muguet, pneumonie double. — Six jours plus tard, symptômes cérébraux. — Pas de cris. — Renversements fréquents des yeux. — Pupilles dilatées un peu inégalement. — Assoupissement. — Fièvre. — Pupilles contractées. — Strabisme. — Respiration difficile, haute. — Pouls très-fréquent. — Renversement de la tête en arrière. — Tremblement des membres. — Légère contracture de la jambe droite. — Paupières un peu tombantes. — Roideur général des membres. — Traces de phlegmasie vers les membranes de la base et de la convexité. — Ramollissement des parties centrales du cerveau. — Ramollissement avec injection des corps striés. — Ramollissement partiel avec injection des lobes moyen et antérieur gauches. — Tubercules dans le cerveau sans inflammation environnante. — Tubercules dans le cervelet avec inflammation circonvoisine et foyer purulent.

Jebin (Louise), âgée de vingt-deux mois, fut admise à l'hôpital des Enfants le 8 février. Cette petite fille était maigre, chétive; depuis quatre mois, elle avait des croûtes à la tête; depuis un mois elle avait sensiblement maigri, avait perdu l'appétit, avait de la diarrhée, vomissait fréquemment depuis quelques jours et était continuellement assoupie; elle avait, en outre, de la fièvre. A la visite du 9 février, le pouls ne battait que quatre-vingt-seize fois par minute; la langue était rose; les vomissements et la diarrhée avaient cessé; il existait de l'abattement et un peu de toux. Le 10, peau chaude; un peu de râle s'entendait vers la partie postérieure et gauche de la poitrine; l'expansion pulmonaire était aussi un peu moins franche vers ce point; la sonoréité de la poitrine était égale à droite et à gauche; une légère exsudation de muguet se remarquait vers la partie inférieure de la bouche. Le 14, fièvre; pas de vomissements; la malade ne poussait pas un cri; elle tournait souvent les yeux en haut; les pupilles, et surtout la gauche, étaient dilatées; assoupissement. Le 15, les pupilles étaient contractées et se dilataient par moments; la conjonctive oculaire était revêtue, en quel-

ques points, d'une couche de mucus; renversement de la tête en arrière; affaissement, assoupissement; râle sous-crépitant du côté gauche de la poitrine; pas de différence à la percussion. Le 16, pouls fréquent; peau chaude; face animée; strabisme; pupilles dilatées, oscillantes; déglutition difficile, suivie de toux; respiration haute; une selle. La malade criait et se raidissait quand on la soulevait. Le 18, râle crépitant à gauche et en haut; poitrine généralement sonore; pouls petit et très fréquent; figure pâle; tremblement des membres; légère contracture de la jambe droite (le matin); respiration haute, fréquente, pénible; les pupilles étaient contractées et se dilataient quand on soulevait les paupières, qui étaient closes et comme tombantes; raideur générale des membres dans la soirée. Mort à dix heures du soir.

Autopsie le 20 février.

Les vaisseaux qui rampent à la superficie des hémisphères cérébraux étaient injectés. Vers cette région, l'arachnoïde présentait une teinte opaline, et, dans plusieurs points, se trouvait adhérente à la pie-mère, tandis que celle-ci adhérait elle-même à la substance grise. L'arachnoïde offrait de semblables adhérences et une pareille coloration à gauche, vers la fin de la scissure de Sylvius; vers le même point, la pie-mère était infiltrée de pus concret; dans la même scissure, la substance grise était injectée, ramollie superficiellement et adhérait aux membranes. A la partie postérieure de l'hémisphère droit et dans la substance grise existait un tubercule cru, d'un petit volume; la substance cérébrale environnante ne paraissait point altérée ni même injectée. La cloison médiane, le trigone étaient ramollis, diffluents et d'un blanc mat. Les corps striés, particulièrement le gauche, étaient mous; la substance qui les formait était d'un rouge-brunâtre marbré. La partie antérieure de la couche optique droite, sans être ramollie, présentait la même coloration. Toute la partie antérieure et inférieure du lobe moyen de l'hémisphère gauche, ainsi que la partie postérieure du lobe antérieur du même

côté, était ramollie, diffluente, jaunâtre et piquetée de rouge. L'arachnoïde de la base du cerveau, légèrement épaissie, offrait une teinte opaline, et se trouvait parsemée d'un grand nombre de granulations. Vers la partie antérieure et externe du lobe gauche du cervelet, et à un pouce de profondeur dans la substance cérébrale, existait un tubercule de la grosseur d'une aveline; il se trouvait en partie ramolli, et la substance cérébrale circonvoisine était molle et jaunâtre. Vers la superficie du lobe droit du cervelet existait un foyer purulent, circonscrit par une membrane organisée, contenant du pus jaune-verdâtre, et paraissant résulter du ramollissement d'un tubercule. Les ventricules du cerveau renfermaient une quantité très faible et à peine appréciable de sérosité.

Le lobe inférieur du poumon gauche était hépatisé (hépatisation rouge); le lobe moyen du poumon droit présentait une semblable altération.

Nulle lésion dans les autres organes.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Age, six ans et demi. — Vomissements. — Convulsions — Assoupissement entremêlé d'agitation. — Cris et plaintes continuels. — Grincements de dents. — Changements brusques de coloration de la face. — Pas de constipation. — Pouls fréquent et irrégulier. — Peau fraîche. — Bouche déviée. — Pupilles contractées. — Renversement de la tête en arrière; raideur du tronc. — Torpeur; strabisme. — Respiration inégale, suspirieuse. — Soubresauts des tendons. — Mouvements automatiques. — Mâchonnements. — Pupilles dilatées, oscillantes. — Sensibilité obtuse à droite, anéantie à gauche; motilité conservée. — Vaisseaux de la superficie injectés. — Circonvolutions déprimées. — Arachnoïde sèche. — Granulations. — Une once de sérosité louche dans les ventricules latéraux. —Ramollissement des parties centrales.—Injection des membranes au-devant du mésocéphale; ramollissement superficiel de celui-ci. — Adhérence et opacité des membranes vers la scissure de Sylvius.

Leblanc, âgée de six ans et demi, entra le 5 juin à l'hôpital des Enfants. Elle était malade depuis quinze jours; sa maladie avait débuté par des vomissements, des nausées;

elle refusait d'ailleurs toute nourriture, était triste, abattue et assoupie. Huit jours après l'apparition de ces premiers symptômes, il y eut des convulsions qui durèrent pendant une heure. A la suite de ces convulsions, l'enfant perdit connaissance pendant trois jours. Depuis lors, il y eut de l'assoupissement, état entremêlé d'agitation, surtout la nuit; la malade d'ailleurs poussait continuellement des cris et grinçait des dents. Depuis trois jours, assoupissement, perte de connaissance alternant avec des retours de raison. Selles naturelles.

Le 5 juin, pouls irrégulier, cent treize, cent quatre pulsations par minute; peau fraîche et même froide; figure pâle, yeux fixes; paupières entr'ouvertes; pupilles contractées; changements brusques de coloration de la face; bouche déviée à droite; salivation; renversement de la tête en arrière; criailleries; sensibilité au toucher; sorte de rigidité du cou et du tronc, de telle sorte qu'il est possible de soulever l'enfant par la tête sans que le corps fléchisse. A l'exception du bras gauche, dont la sensibilité est un peu obtuse, les membres ont conservé leur sensibilité et leur motilité. Torpeur en quelque sorte, mais non abolition complète des facultés intellectuelles et sensoriales. Le 6, la malade, quoique dans un état d'engourdissement, semble avoir conscience de ce qui se passe autour d'elle : les yeux paraissent sensibles à l'action de la lumière; l'œil gauche est un peu dévié en dehors; la sensibilité de la peau, obtuse dans certains moments, est exaltée dans d'autres. Le 7, irrégularité remarquable de la respiration et du pouls; soubresauts des tendons; mouvements automatiques; la malade soutient le bras droit en l'air, se frotte le nez; elle refuse de boire; criailleries, plaintes continuelles; peu de toux; plusieurs excrétions. Le 8, quelques réponses tardives, mais justes; mâchonnements; action de boire, suivie de toux; deux selles. Le 11, paupières entr'ouvertes; pupilles dilatées; respiration inégale, accélérée, suspirieuse; sensibilité générale obtuse; décubitus dorsal; pas de sommeil; plaintes continuelles. Le 12, au ma-

tin, pupilles dilatées, oscillantes, déglutition difficile, bruyante; sensibilité obtuse du côté droit et tout-à-fait éteinte à gauche (toute cette partie du corps est insensible au pincement). La paralysie n'est pas étendue au mouvement. Mort, le même jour, à cinq heures du soir.

Autopsie cadavérique le 13 juin.

Tête : Réseau veineux de la pie-mère injecté, distendu; circonvolutions cérébrales déprimées; arachnoïde de la convexité des hémisphères cérébraux sèche, mais transparente; granulations sur les faces latérales des hémisphères. ℥ jj environ (64 gram.) d'une sérosité louche étaient contenues dans les ventricules latéraux, dont le gauche paraissait plus dilaté que celui du côté opposé. La cloison, le trigone cérébral et les parois postérieures des ventricules latéraux, présentaient la couleur et la consistance de la partie caséeuse du lait. La pie-mère était rouge, très injectée au devant du mésocéphale; l'arachnoïde épaissie et opaque; la substance du mésocéphale vers la face correspondante, et superficiellement, était un peu ramollie. A gauche et vers l'origine de la scissure de Sylvius, l'arachnoïde épaissie et opaline adhérait à la pie-mère, qui elle-même avait contracté des adhérences avec la substance cérébrale sous-jacente, laquelle se trouvait ainsi déchirée par le fait de l'arrachement de ces membranes.

La moelle épinière parut saine; mais le tissu cellulaire du canal rachidien était infiltré d'une sérosité un peu trouble.

Vers le grand cul-de-sac de l'estomac, la membrane muqueuse présentait quelques arborisations; du reste, les autres organes n'offraient aucune lésion.

SIXIÈME OBSERVATION.

Age, six ans. — Céphalalgie. — Agitation.—Vomissements. — Pouls lent. — Somnolence. — Cris. — Pupilles dilatées, oscillantes. — — Yeux roulants, divergents. — Rétraction à droite de la commissure des lèvres et de l'aile du nez. — Colorations passagères de la face. — Respiration inégale, suspirieuse. — Mixtion involontaire.

— Pouls fréquent. — Motilité et sensibilité intègres. — Perte de connaissance. — Agitation assoupissement.

Très faible quantité de sérosité dans les ventricules latéraux. — Parties moyennes intactes, fermes. — Traces de phlegmasie des membranes à la base. — Ramollissement de la moelle vers la bulbe lombaire.

Durner (Antoine), âgé de six ans, fut reçu, le 8 juin, à l'hôpital des Enfants. On apprit que, depuis huit jours, il se plaignait de la tête; que ces maux de tête s'accompagnaient d'agitation, de criailleries, ou d'assoupissement; qu'enfin plusieurs vomissements avaient eu lieu.

Le 9, l'enfant était couché sur le côté et replié sur lui-même, comme s'il avait froid. Le pouls battait cinquante-quatre à soixante fois par minute; la peau était fraîche; le malade avait perdu connaissance, et se trouvait dans un état de somnolence, qu'interrompaient ses cris; les pupilles étaient dilatées, de temps à autre oscillantes; parfois, les yeux, roulant dans leurs orbites, se renversaient ou devenaient divergents; la commissure des lèvres et l'aile du nez du côté droit étaient un peu relevées; grincements de dents; rougeurs passagères de la face; respiration inégale, suspirieuse mixtion involontaire; la sensibilité de toute la surface du corps paraissait intègre, et les membres avaient conservé leur motilité; même état le 10; le 11 au soir, agitation, mouvements suivis d'assoupissement; mort.

Autopsie cadavérique.

L'inspection des membranes et des circonvolutions de la convexité des hémisphères cérébraux n'offrit rien de particulier; les ventricules contenaient environ, et tout au plus, la valeur d'une petite cuillerée à café de sérosité transparente; les parois ventriculaires, la cloison transparente, n'offraient ni coloration, ni consistance insolite; il en était de même de la substance de tout le cerveau en général. A la base de ce viscère, vers le carré des nerfs optiques et surtout dans les scissures de Sylvius, l'arachnoïde épaissie avait perdu sa transparence; vers les mêmes points, çà et là existaient quelques pseudo-

membranes et un peu d'infiltration, mais gélatiniforme, du tissu de la pie-mère.

Vers le renflement lombaire, la moëlle épinière était sensiblement ramollie.

Tubercules pulmonaires; pneumonies partielles.

Ascaride lombricoïde dans le gros intestin.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Age, huit ans. — Pneumonie. — Pouls fréquent. — Céphalalgie. — Abattement. — Délire la nuit. — Parotide. — Plus de céphalalgie. — Ni délire. — Ni agitation. — Résolution de la pneumonie. — Mort subite.

Infiltration séro-sanguine du tissu sous-arachnoïdien. — Injection des deux substances cérébrales; ramollissement et perforation du septum médian.—Ramollissement du trigone et des parois antérieures et externes des ventricules. — Infiltration séro-sanguine à la base. Injection de la substance grise du cervelet.

Pégerel (Antoine), ramoneur, âgé de huit ans, entra le 17 avril à l'hôpital des Enfants. Depuis quinze jours il était mal portant, avait perdu l'appétit; depuis huit jours il toussait, et lors de son entrée à l'hôpital, il se plaignait de la tête et du ventre; mais, du reste, il n'avait éprouvé ni diarrhée ni vomissements.

Le 18, pouls, cent huit pulsations par minute; peau chaude, langue rose; ventre ballonné, sonore, non douloureux; pas de selle; toux; râle sibilant et muqueux vers le sommet du poumon droit; vers la même région, sifflement bronchial; râle crépitant sous l'aisselle droite; diminution de la sonoréité du thorax, également en haut et à droite; face bouffie, œdème des extrémités inférieures; l'exploration du côté gauche de la poitrine n'accuse aucune lésion.

Le 20, pouls dépressible, cent vingt pulsations; peau chaude, sèche, toux profonde; quelques crachats rares muco-purulents; râle crépitant et sous-crépitant du côté droit; sonoréité moindre de ce côté; langue sèche, ventre ballonné, mais non douloureux; deux selles, dont une liquide; délire et

agitation alternant avec un état de prostration. Nul changement jusqu'au 24 du même mois; ce jour, pouls battant cent trente-deux fois par minute ; céphalalgie; gonflement de la parotide; abattement très-marqué; les symptômes du côté de la poitrine avaient moins d'intensité et étaient moins nombreux. La nuit, agitation; délire. Le 25, plus de délire, mais céphalalgie persistante; suppuration de la parotide.

Les jours suivants, et jusqu'aux premiers jours du mois de mai, l'état de la poitrine et celui du ventre avaient paru s'améliorer; les symptômes avaient complètement disparu, le malade ne se plaignait d'aucune douleur; la langue était rose, la peau fraîche, le ventre souple, la toux modérée; il n'y avait plus de céphalalgie; le sommeil était calme; l'œdème s'était dissipé, et enfin la convalescence paraissait s'être franchement déclarée, quand, le 11 mai, le malade mourut subitement en remontant sur son lit.

Autopsie le 12.

Tête : Infiltration séro-sanguinolente du tissu sous-arachnoïdien vers la convexité des hémisphères cérébraux. Les deux substances des hémisphères étaient colorées, injectées d'une manière uniforme. Un peu de sérosité sanglante se trouvait dans les ventricules latéraux, dont la cloison était ramollie, diffluente et en partie détruite; ce ramollissement blanc s'étendait à la voûte à trois piliers et aux parois ventriculaires externes et antérieures; il était surtout marqué à gauche. A la base du cerveau, et principalement entre les anfractuosités cérébrales, existait une infiltration séro-sanguinolente pareille à celle qui dominait les hémisphères. La substance grise du cervelet était aussi très-injectée.

Thorax: Quatre ou cinq onces de sérosité roussâtre se trouvaient épanchées dans la cavité thoracique : la membrane muqueuse qui tapisse les canaux aériens était pâle et décolorée. Quelques portions du lobe supérieur du poumon droit étaient engouées; le poumon gauche était sain ; le péricarde contenait

quelques onces de sérosité roussâtre ; les cavités du cœur étaient un peu dilatées.

Les autres organes ne présentaient point de lésion.

HUITIÈME OBSERVATION.

Age, douze ans. — Chute sur la tête. — Vomissements. — Nausées. Stupeur. — Assoupissement. — Plus de réponses. — Agitation. — Mouvement des membres, surtout à gauche. — Dilatation inégale des pupilles. — Respiration gênée. — Pouls lent. — Face rouge, dents serrées. — Écume à la bouche. — Peau fraîche. — Sensibilité générale éteinte. — Assoupissement comateux interrompu par des cris et des gémissements. — Rigidité paralytique des membres du côté droit. — Agitation ; mouvement extatique du bras gauche ; pupilles insensibles. — Déglutition difficile. — Fracture du crâne. — Épanchement à la surface de l'arachnoïde. — Ramollissement de la substance cérébrale voisine ; épanchement dans le ventricule gauche.

Deschamps (Marie), âgée de douze ans, d'une santé habituellement bonne, fit, le 10 mars, une chute d'une élévation de six pieds, et sa tête porta sur le sol. Cette jeune fille, immédiatement après l'accident, eut encore la force de se relever ; mais ses jambes faiblirent, elle retomba à terre et fut emportée sans avoir perdu connaissance. Peu d'instants après sa chute, elle vomit les aliments qu'elle venait de prendre. Les vomissements persistèrent, pendant le cours de la nuit suivante ; précédés de nausées fatigantes ils tiraient fréquemment la malade de l'état de stupeur et d'assoupissement dans lequel elle était plongée : elle répondit cependant plusieurs fois avec justesse aux questions qui lui étaient adressées.

Le 11, plus de réponses ; agitation ; mouvements et sorte de trémoussements des membres inférieurs et du bras gauche qui, avec la jambe du même côté, s'agite beaucoup ; écume à la bouche; dilatation inégale des pupilles (celle du côté gauche est plus dilatée que la droite) ; respiration gênée. Mouvement automatique, au moyen duquel la malade porte souvent une de ses mains vers l'occiput (deux plaies existent vers la partie supérieure du pariétal gauche).

Le 12, pouls lent, plein ; face rouge ; dents serrées ; chaleur de la peau naturelle ; la pupille droite est peu dilatée; celle du côté gauche est oscillante ; agitation des membres gauches, sensibilité générale éteinte ; assoupissement comateux, alternant avec un état de demi-somnolence qu'interrompent des cris au milieu desquels le nom de la mère de l'enfant est prononcé quelquefois. Le 13, rigidité paralytique des membres du côté droit; agitation particulière du bras gauche, sorte de mouvement extatique ; la malade élève son bras et le maintient dans cette position : ce membre et la jambe du même côté ont conservé leur motilité et une partie de leur sensibilité. La pupille gauche est plus dilatée que celle du côté opposé ; toutes les deux, au reste, paraissent insensibles à l'action de la lumière ; déglution bruyante, difficile ; figure pâle. Mort, le 13, à onze heures.

Autopsie le 14.

Tête. Sur le pariétal gauche, aux environs et à un pouce de la suture lambdoïde, existe une fracture en étoile des os du crâne; la dure-mère sous-jacente incisée, on trouve à la surface de la portion correspondante de l'arachnoïde un épanchement sanguin sous forme d'un caillot noirâtre, du volume d'un œuf de poule, et situé au-dessus du ventricule latéral gauche qu'il déprime. L'arachnoïde, vers le point où elle supportait le caillot de sang, se trouve tendue, épaissie, violacée et injectée ; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré d'un peu de pus. La substance cérébrale qui avoisine l'épanchement est fortement injectée et ramollie, et partout en arrière dans l'hémisphère cérébral gauche, et jusqu'au niveau du ventricule, la substance cérébrale est très-sensiblement injectée. Le ventricule gauche est rempli de sanie ; le ventricule droit contient une cuillerée de sérosité transparente. Des traces de phlegmasie existent sur les parties latérales du ventricule gauche ; la cavité digitale renferme un peu de pus et de sérosité sanguinolente. Les membranes de la base paraissent saines ; les autres organes sont sans lésion.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Age, treize ans. — Céphalalgie. — Vomissement. — Délire.—Constipation. — Pouls lent, puis très-fréquent. — Délire. — Yeux renversés, roulant ou fixés à gauche. — Pupilles oscillantes, insensibles. — Insensibilité générale. — Résolution paralytique générale. — Circonvolutions aplaties, déprimées; arachnoïde sèche, adhérente à la pie-mère. — Pas d'épanchement ventriculaire; parties moyennes saines. — Épanchement dans le feuillet arachnoïdien en arrière du cervelet. — Traces de phlegmasie sur les membranes qui revêtent les parties inférieures et internes des lobes moyens et les pédoncules antérieurs. — Ramollissement et injection d'une couche superficielle de la substance des jambes antérieures de la moelle et des éminences mamillaires.

Villeneuve (Jean), âgé de treize ans, fut apporté délirant à l'hôpital des Enfants. On apprit que sa santé, habituellement bonne, ne s'était altérée que depuis huit jours; que, depuis cinq, il se plaignait de la tête, avait des vomissements, délirait parfois, et qu'enfin, depuis cette époque, il existait chez lui de la constipation.

Le 24, pouls lent, peau fraîche, délire; sensibilité et motilité intègres. Les jours suivants, jusqu'au 26, le pouls acquit successivement de la fréquence, de telle sorte que le 26 il battait cent vingt fois par minute; le délire avait cessé; la figure était pâle, la physionomie hébétée; les yeux, renversés, roulaient dans leurs orbites, ou se dirigeaient à gauche avec fixité; les pupilles oscillantes ne paraissaient plus ressentir l'impression de la lumière; toutes les parties restaient insensibles quand on les pinçait, et tout le corps paraissait dans un état de résolution paralytique. La vie se prolongea encore ainsi pendant deux jours, et finit par s'éteindre enfin par l'accroissement ou par le fait seul de la prolongation de l'inertie, de la torpeur de toutes les fonctions placées sous l'influence directe ou indirecte de l'action cérébrale.

Autopsie cadavérique.

Les circonvolutions cérébrales de la superficie des hémi-

sphères étaient déprimées, aplaties ; vers cette même région, l'arachnoïde était sèche et adhérente à la pie-mère en quelques points ; le réseau capillaire de cette dernière était peu injecté ; les ventricules cérébraux étaient humectés, mais ne contenaient point de quantité appréciable de sérosité ; le septum, le trigone, etc., n'offraient rien de particulier sous le rapport de leur consistance ou de leur coloration. Le feuillet arachnoïdien qui revêt la partie postérieure et inférieure des lobes du cervelet et la moelle allongée, était soulevé par une quantité assez notable de sérosité transparente ; il avait acquis une teinte opaline, mais son épaisseur n'était pas sensiblement accrue. Les membranes qui revêtent les faces inférieures et internes des lobes moyens et les pédoncules antérieurs du cerveau étaient piquetés de rouge et infiltrés de sang ; une couche superficielle (une ou deux lignes d'épaisseur) de la substance médullaire des prolongements antérieurs du cerveau était ramollie sans être diffluente, et se trouvait, en outre, piquetée et colorée de rouge. Une altération tout-à-fait semblable se remarquait à la périphérie des éminences mamillaires.

Thorax : Le lobe inférieur du poumon gauche était partiellement engoué ; le reste de ce poumon et le poumon droit était parfaitement crépitants. Les ganglions bronchiques étaient généralement rouges ; un seul était développé.

Abdomen: Il existait un peu d'injection vers la fin de l'intestin grêle, et çà et là à la surface interne du gros intestin.

Nulle autre lésion appréciable.

DIXIÈME OBSERVATION.

Age, douze ans. — Céphalalgie ; vomissements. — Assoupissement. — Constipation. — Abolition des facultés de rapport ; contracture des membres et résolution paralytique. — Pupilles peu dilatées et oscillantes. — Roulement des globes des yeux. — Adhérences et pseudo-membranes entre les deux hémisphères. — Sécheresse de l'arachnoïde de la convexité. — Très-faible épanchement ventriculaire. — Ramollissement léger de la cloison, mais surtout de la voûte à trois piliers. — Corps calleux un peu mou. — Légère infiltration séreuse à la base.

Cerigny (Bachelier-Agathe), âgée de douze ans, avait éprouvé, sept jours avant son entrée à l'hôpital des Enfants, un malaise général accompagné de maux de tête, et bientôt suivi de vomissements. Les nausées et les vomissements persistèrent pendant six jours et furent remplacés par de l'assoupissement. Une constipation opiniâtre accompagnait, d'ailleurs, ces premiers symptômes. État de la malade lors de son entrée : abolition des facultés de rapport, contracture des membres, pupilles naturellement dilatées, excrétion involontaire de l'urine; nul cri. Le lendemain, coma, résolution paralytique du tronc et des membres, sensibilité éteinte, figure pâle, pupilles tantôt médiocrement dilatées, tantôt oscillantes, toujours insensibles à la lumière; roulement du globe des yeux dans les orbites; déglution difficile, bruyante. Mort le troisième jour après la réception à l'hôpital.

Autopsie cadavérique.

Tête : Circonvolutions déprimées; arachnoïde de la convexité un peu sèche; vaisseaux de la superficie peu gorgés de sang; adhérences et pseudo-membranes entre les deux hémisphères cérébraux. Les substances grise et blanche des hémisphères ne sont pas injectées; il n'existe qu'une faible quantité de liquide transparent dans les sinus du cerveau (à peu près une cuillerée à café); cloison inter-ventriculaire intacte, quoiqu'un peu molle; ramollissement blanc de la voûte à trois piliers; le corps calleux est peut-être un peu mou; plexus choroïdes pâles; couches optiques et corps striés, coloration et consistance naturelles; légère infiltration séreuse, sans épaississement ou production de pseudo-membranes vers la base du cerveau; le mésocéphale, le cervelet, la moelle épinière ne présentent aucune lésion; les autres organes n'en offrent point non plus.

ONZIÈME OBSERVATION.

Age, sept ans. — Vomissements, convulsions. — Pouls fréquent. — Demi-somnolence. — Sensibilité générale intègre. — Pupilles inégalement dilatées. — Mutité.

Arachnoïde de la convexité parsemée de granulations. — Épanchement séreux abondant dans les ventricules latéraux dilatés. — Ramollissement des parties centrales. — Opacité des membranes, infiltration gélatiniforme et exsudation plastique à la base. — Léger épanchement dans le péricarde.

Brevelle (Marie), âgée de sept ans, fut reçue à l'hôpital des Enfants le 25 juin. *Renseignements fournis par les parents.* Cet enfant se portait mal depuis trois mois; elle toussait depuis vingt jours, avait de la diarrhée depuis lors. Des vomissements s'étaient déclarés, il y avait dix jours, et avaient persisté pendant cinq; elle ne s'était pas plaint de la tête. Elle avait, en outre, éprouvé quatre crises convulsives. Ces convulsions s'étaient répétées plusieurs fois pendant les nuits, qui, en général, étaient très agitées. Depuis huit jours, le bras droit était raide, se mouvait difficilement, et la malade se trouvait dans un état de demi-somnolence.

Le 26, jour de la première visite, le pouls donnait cent seize à cent douze pulsations par minute. La malade ne répondait pas, mais paraissait entendre; elle sortait sa langue quand on le lui disait; la peau paraissait partout sensible; les pupilles paralysées et dilatées; celle du côté gauche était plus large que celle de l'autre côté; la malade, plongée dans un état de demi-somnolence, avalait avec peine. La mort survint vers la fin du même jour.

Autopsie le 27.

L'arachnoïde de la convexité était parcourue par une infinité de granulations qui se trouvaient jusqu'entre les anfractuosités cérébrales; les circonvolutions du cerveau étaient peu déprimées; les deux substances étaient peu injectées et molles; les ventricules latéraux étaient très dilatés, et il s'écoula des sinus cérébraux environ quatre onces d'une sérosité limpide; les parois des ventricules latéraux étaient molles et blafardes; le septum médian, le trigone, tout le plancher des ventricules latéraux tombaient en déliquium, entraînés par

la seule force d'un léger filet d'eau. Dans les scissures de Sylvius, l'arachnoïde était épaissie et avait acquis une teinte opaline. En arrière des nerfs optiques se remarquait une infiltration gélatiniforme du tissu sous-arachnoïdien ou du tissu même de la pie-mère. Là aussi l'arachnoïde était opaque, et il existait quelques pseudo-membranes. Opacité semblable et exsudation plastique vers le sommet du corps vermiculaire supérieur.

Le cervelet, la protubérance annulaire, incisés ne présentèrent aucune lésion.

Thorax : Tubercules pulmonaires; une once environ de sérosité citrine dans le péricarde.

Abdomen : Quelques rougeurs vers la petite courbure de l'estomac et sur la valvule iléo-cœcale; les follicules du gros intestin étaient apparents, développés, mais pâles.

Foie gorgé de sang. Rate farcie de tubercules miliaires.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Age, treize ans. — Céphalalgie. — Vomissements. — Pouls lent, puis fréquent. — Délire. — Agitation. — Insomnie. — Sensibilité et motilité intègres. — Oscillation des pupilles, leur dilatation inégale. — Perte de connaissance alternant avec des retours de raison. — Somnolence. — Vaisseaux de la superficie injectés. — Suffusion sanguine. — Injection des deux substance. — Pas de ramollissement des parties centrales. — Peu d'épanchement séreux dans les ventricules. — Infiltration séreuse et purulente vers la base et le corps vermiculaire supérieur; opacité des membranes. — Ramollissement de la moelle vers la réunion des régions dorsale et lombaire (pas de paralysie des membres abdominaux, etc.); gastro-entérite.

Perrot (Adèle), âgée de treize ans, de la salle des scrofuleux de l'hôpital des Enfants, où elle se trouvait quelque temps, passa, le 18 juillet 1826, dans le service des maladies aiguës. Cette jeune fille avait été affectée, l'année précédente, d'une céphalalgie qui revenait par accès réguliers. Lors de son changement de salle, elle toussait depuis huit jours, et depuis cinq elle éprouvait, chaque soir, des maux de tête,

accompagnés de vomissements, et les nuits elle était agitée, avait du délire.

Depuis le 18 juillet jusqu'au 25 du même mois, époque à laquelle la mort survint, tels furent l'ensemble, la succession et les modifications que présentèrent les symptômes de la maladie. Le pouls augmenta successivement de fréquence, et, durant l'espace de temps indiqué de soixante-quatre pulsations par minute, il s'éleva à soixante-douze, à cent quatre, puis enfin à cent vingt pulsations. Du râle muqueux se faisait entendre vers la partie postérieure et droite de la poitrine; il existait peu de toux. Du 18 au 22 juillet, délire, agitation, insomnie; vomissements; sensibilité, motilité, intègres. Les jours suivants, céphalalgie à gauche; somnolence; perte de connaissance alternant avec des retours de raison; oscillation des pupilles (la pupille du côté gauche était un peu plus dilatée que celle de l'autre côté). Le 25, râle muqueux en arrière, à droite et en haut; le mouvement et la sensibilité des membres paraissaient conservés; la déglutition était difficile; la pupille gauche visiblement plus dilatée que la droite. Cette jeune fille reprit connaissance quelques instants avant de mourir; elle répondit à sa mère et la reconnut.

Traitement employé.

1° Saignée générale, saignée locale; vésicatoires aux jambes; émétique à haute dose.

2° Vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu.

Autopsie cadavérique.

Le réseau formé par les vaisseaux qui rampent à la surface des hémisphères cérébraux était injecté, les membranes de la convexité ni opaques, ni infiltrées, ni adhérentes; une sorte de suffusion sanguine légère existait sur les parties latérales des hémisphères (surtout à droite). La substance grise des hémisphères du cerveau était d'un rose uniforme; les tranches de substance blanche présentaient l'aspect *sablé* décrit par les auteurs. Il n'existait tout au plus qu'une demi-once de sérosité

dans chaque ventricule ; les parties centrales du cerveau, tant sous le rapport de leur consistance que sous celui de leur coloration, n'offraient rien d'extraordinaire. Une infiltration gélatiniforme se trouvait en avant et en arrière des nerfs optiques ; une exsudation purulente remplissait le fond des scissures de Sylvius ; l'arachnoïde de la base était, en général, épaissie, et avait perdu sa transparence ; cette membrane était encore épaissie et infiltrée sur l'éminence vermiculaire supérieure ; cervelet, mésocéphale sains ; les vaisseaux étaient injectés sur tout le trajet de la moelle épinière. Vers la fin de la région dorsale et le commencement de la région lombaire, l'arachnoïde opaline était adhérente à la moelle, et celle-ci, dans la même étendue, se trouvait ramollie ; où existait cettte altération, la substance médullaire était d'un blanc sale et parsemée de stries rouges. Dans quelques points, ce rammollissement était porté jusqu'à la diffluence. La malade avait encore remué les jambes et avait uriné volontairement le 25, jour de sa mort.

Tubercules pulmonaires ; ganglions bronchiques rouges et développés.

Rougeur violacée de quelques rides de la membrane muqueuse de l'estomac ; quelques plaques piquetées le long de la petite courbure et vers le pylore ; consistance naturelle de la membrane muqueuse stomacale ; ganglions mésentériques sains. La membrane muqueuse du duodénum présentait une teinte rôse pâle ; les follicules de cette portion de l'intestin étaient très-apparents et développés. La face interne du jéjunum affectait une coloration d'un rouge vif : cette coloration était plus foncée vers certains points. La membrane muqueuse de l'iléon était aussi très-rouge et très-injectée ; en quelques endroits, elle était comme boursoufflée. Les follicules isolés et les glandes agminées de l'intestin grêle étaient développés ; quelques-uns des follicules isolés étaient jaunâtres, d'autres rouges, et la pression faisait suinter, de ces derniers, un liquide purulent. Les plaques de Peyer étaient, pour la plupart, boursoufflées à la circonférence et déprimées à leur centre ; quelques unes

étoient d'un blanc-jaune, d'autres d'un rouge foncé et violacé; la pression faisait suinter, à la surface de quelques-unes, des gouttelettes de pus. Un mucus sanguinolent recouvrait toute la surface interne de l'intestin grêle ; il existait plusieurs ulcérations dans le cœcum ; la membrane muqueuse du reste du gros intestin, pâle, ne présentait, d'ailleurs, aucune trace de phlogose ; ganglions mésentériques sains.

Foie gorgé de sang ; vésicule biliaire pleine et distendue.

Rate, reins, vessie, etc., etc., à l'état sain.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Age, trois ans. — Céphalalgie. — Pas de vomissements. — Fièvre. — Mouvements convulsifs de la face. — Tremblements légers de la tête. — Mâchoires serrées. — Rigidité du bras droit. — Contracture des doigts. — Mutité.

Traces évidentes de phlegmasie vers la convexité des membranes. — Injection. — Pas d'épanchement ventriculaire. — Pas de ramollissement des parties centrales.

Pellier (Aldegonde), âgée de trois ans, fut reçue le 23 janvier à l'hôpital des Enfants. Cette petite fille avait eu récemment la rougeole. Depuis les premiers jours du mois, elle toussait, se plaignait de la poitrine, de la tête ; elle maigrissait, mais n'avait point éprouvé de vomissements.

Le jour de son entrée à l'hôpital : fièvre ; figure colorée ; mouvements convulsifs de la face ; tremblements légers de la tête ; mâchoires serrées ; rigidité du bras droit ; contracture des doigts des mains ; nulle réponse ; soif vive ; insensibilité à la saignée : mort le lendemain de l'admission à l'hospice.

Autopsie.

Tête : A gauche, et vers l'angle antérieur et supérieur du pariétal, existait une exsudation purulente à la surface de l'arachnoïde, et vers ce point toutes les membranes étaient adhérentes entre elles et à la substance du cerveau ; la partie restante de l'arachnoïde qui recouvre la convexité des hémisphères du cerveau était transparente, paraissait saine ; mais le réseau ca-

pillaire de la pie-mère était, vers la même région, sensiblement injecté. Du reste, les parties centrales du cerveau et la base de ce viscère ne présentaient rien de particulier ; ses cavités ne contenaient aucune quantité notable de sérosité.

Thorax : Tubercules pulmonaires ; cavernes dans les poumons ; tubercules bronchiques.

Abdomen : La membrane muqueuse de l'estomac était légèrement injectée. Vers la fin de l'intestin grêle et le commencement du gros intestin, se trouvaient quelques follicules agglomérés, rouges et boursoufflés.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Age, deux ans et demi. — Vomissements, constipation. — Somnolence, pouls fréquent. — Renversement de la tête en arrière. — Pupilles dilatées, oscillantes. — Respiration inégale, suspirieuse. — Changements brusques de coloration de la face. — Diminution du mouvement des bras. — Insensibilité de l'œil à la lumière. — Mâchonnements.

Vaisseaux de la superficie injectés. — Circonvolutions déprimées. — Granulations vers la périphérie. — Épanchement ventriculaire. — Ramollissement de la cloison et du trigone. — Traces de phlegmasie à la base.

Leroy (Marie), âgée de deux ans et demi, fut admise, le 13 octobre 1826, à l'hôpital des Enfants. (Renseignements.) L'invasion de la maladie datait du 8 du présent mois. Perte d'appétit, vomissements, constipation ; mouvements irréguliers et sorte de tortillements des membres ; pas de perte de connaissance ; depuis le 12, état de somnolence.

Première visite, le 14 octobre. Le pouls était assez vibrant et battait cent quatre fois par minute ; la chaleur de la peau était naturelle ; la sensibilité et la motilité intègres ; il y avait de l'abattement, de la somnolence. Le 16, pouls, cent vingt ; peau chaude ; soif ; déglutition bruyante, difficile, suivie de toux ; figure rouge ; renversement de la tête en arrière ; pupilles dilatées et oscillantes ; respiration suspirieuse ; deux selles.

Le 17, pouls fréquent, irrégulier ; respiration inégale ; trois selles. Vomissement dans la soirée. Même état le 18.

Le 19, assoupissement plus complet; changements brusques de coloration de la face, qui devenait alternativement rouge et pâle; respiration inégale; soupirs; pouls irrégulier, cent seize pulsations environ par minute. Dilatation des pupilles; insensibilité de l'œil à la lumière, même à celle d'une bougie. L'enfant criait et remuait ses jambes quand on les pinçait; elle criait aussi, mais ne retirait pas ses bras lorsqu'on en pressait la peau.

Le 21, tête fortement renversée en arrière; yeux fixes, tournées en haut, divergents; mâchonnements; respiration haute, suspirieuse; nausées; vomissements. Mort, le 22, sans convulsions.

Résumé du traitement suivi.

Le 16, sangsues derrière les oreilles, calomel.
Le 18, sangsues derrière les oreilles.
Le 19, calomel, sinapismes aux jambes.
Le 20, calomel.
Le 21, vésicatoire volant à l'épigastre.

Autopsie cadavérique le 24.

La pupille droite était plus dilatée que celle du côté gauche. Les vaisseaux superficiels du cerveau étaient injectés, les circonvolutions cérébrales légèrement déprimées; du reste l'arachnoïde s'en détachait aisément. Dans les scissures de Sylvius, surtout à gauche, existaient des granulations miliaires assez nombreuses, comparables à celles que présentent quelquefois les plèvres, mais plus petites. Dans ces deux scissures, l'arachnoïde était opaque, épaissie; et vers la partie la plus déclive, le tissus sous-arachnoïdien était infiltré de sérosité. La coloration et la consistance des deux substances des hémisphècérébraux n'offraient rien de particulier. Les ventricules latéraux étaient dilatés, surtout en arriere, et contenaient environ ℥ ij d'une sérosité très-peu louche. La cloison était intacte; mais elle se déchirait aisément; elle était évidemment ramollie, ainsi que la partie moyenne du trigone cérébral. Les autres parties du cerveau étaient généralement fermes. Un tu-

bercule de la grosseur d'un petit pois se trouvait dans la substance grise du cerveau, vers la partie postérieure et latérale du lobe moyen. A la base des lobes antérieurs, le tissus de la pie-mère était injecté d'une manière sensible et contenait des granulations semblables à celles précédemment indiquées. Les membranes de la base vers le mésocéphale et vers les points où, du cervelet, elles se réfléchissent sur les lobes postérieurs du cerveau, présentaient une teinte opaline, et çà-et-là étaient infitrées (infiltration jaunâtre) ou adhéraient à la substance du cerveau. La substance du cervelet, du mésocéphale, etc., n'offrait rien de particulier.

Les poumons contenaient des tubercules, les ganglions bronchiques étaient entièrement tuberculeux.

La membrane muqueuse intestinale, vers la fin du petit intestin et celle du gros, présentait quelques rougeurs.

L'inspection des autres organes n'offrait rien de remarquable.

QUINZIÈME OBSERVATIONS.

Age, quatre ans. — Pouls fréquent. — Assoupissement momentané. — Nausées, vomissements. — Pas de céphalalgie. — Sensibilité augmentée. — Cris au moindre attouchement. — Renversement de la tête en arrière. — Tremblement léger des mains. — Pas de paralysie.

Sinus gorgés de sang. — Suffusion sanguine à la surface des hémisphères; épanchement de sang sous l'arachnoïde. — Ramollissement coloré par le sang, très-étendu à droite. — Grands désordres; perforation, etc. — Corps striés et couches optiques ayant participé au ramollissement. — Perforation de l'estomac, etc.

Vauguenet (Caroline), âgée de quatre ans, entra à l'hôpital des Enfants, le 8 janvier 1826. Elle avait le teint pâle, le ventre gros; son embonpoint était ordinaire. Depuis huit jours, elle avait perdu son appétit et sa gaieté; ne se plaignait pas de la tête; criailleries, assoupissements momentanés, nausées, vomissements, fièvre; tels étaient les symptômes qui avaient été remarqués par les parents pendant ce laps de temps. A la visite du 19, la chaleur de la peau était naturelle; le pouls battait

cent vingt-six fois par minute; le ventre était tendu, ballonné; la soif vive; la langue sale, blanche, cotonneuse; il existait un peu de toux, mais nulle envie de vomir; l'enfant était couché sur le dos, dans un état de demi-somnolence, criant et s'irritant beaucoup quand on le touchait. Nul changement dans sa situation jusqu'au 11 du courant.

Le 11, renversement de la tête en arrière.

Le 21, lèvres saignantes; abattement; légers tremblements des membres, qui ont conservé leur sensibilité et leur motilité; pas d'assoupissement.

Le 22, dévoiement; peau brûlante; légers mouvements convulsifs de la face et des membres, auxquels mit fin la mort, le 13, à quatre heures du matin.

Autopsie le 24 janvier.

Les sinus de la dure-mère étaient remplis de sang noir; en arrière et en haut, à la surface de l'hémisphère droit existait une suffusion sanguine très-prononcée; les méninges vers ce point paraissaient infiltrées de sang. Dans le tisssu même de la pie-mère, entre les circonvolutions cérébrales, se trouvait un caillot de sang noir. Un caillot semblable, et du volume à peu près d'une demi-noix, existait dans la substance même du cerveau, au-dessus du centre ovale de Vieussens. Partout, en arrière et à droite, la substance cérébrale (dans l'étendue de quatre à cinq pouces) était jaunâtre, molle, diffluente, ecchymosée, et çà-et-là piquetée de traces de sang noir. En continuant de couper le cerveau par tranches, on rencontrait de nouveau de ces sortes d'ecchymoses de la substance cérébrale, ayant quelque analogie avec les taches du *purpura hemorrhagica*. Plus profondément encore, et toujours dans la même direction, la substance cérébrale ramollie présentait une perforation qui conduisait dans le ventricule latéral droit. Les parois du ventricule offraient en arrière des taches semblables à celles qui ont déjà été remarquées; quelques-unes se trouvaient aussi vers la partie postérieure de l'hémisphère gauche, en arrière du ventricule de ce côté. Il n'existait que *très-peu* de sérosité sanguinolente dans

chaque ventricule. Les veines des plexus choroïdes étaient très-gorgées de sang ; il semblait qu'on eût poussé une injection dans les veines de Galien. Le septum médian était intact et non ramolli, mais les piliers antérieur et postérieur à droite paraissaient avoir participé au ramollissement indiqué. La couche optique droite était inégale et plus volumineuse que la gauche ; son tissu renfermait une foule de caillots qui semblaient correspondre aux saillies qu'elle formait extérieurement ; sa substance, du reste était jaune et un peu ramollie ; le ramollissement suivi jusque-là se terminait près des tubercules quadrijumeaux. Les corps striés et les pédoncules antérieurs contenaient aussi de ces sortes d'ecchymoses. Il n'y avait rien de remarquables d'ailleurs à la base du cerveau.

Trachée-artère et bronches saines ; quelques points du tissu pulmonaire se trouvaient engoués. Le péricarde était rempli de sérosité citrine ; environ ℥ ij d'un liquide noirâtre étaient épanchées dans la cavité abdominale ; les intestins étaient contractés ; le péritoine ne paraissait point injecté, et cependant une perforation de la grandeur d'un pouce existait à l'estomac, vers la petite courbure, à un demi-pouce du cardia. Les bords de cette perforation étaient amincis et frangés ; la membrane séreuse dépassait les bords de la membrane muqueuse. La membrane muqueuse de l'estomac était généralement pâle et marbrée de jaune ; elle était ramollie vers le cardia et le grand cul-de-sac. Quelques plaques de Peyer et des follicules isolés avaient acquis un peu de développement, mais sans rougeur. Toute la membrane muqueuse du tube digestif, en général, était pâle. Du reste, rien autre chose de remarquable.

SEIZIÈME OBSERVATION.

Age, sept ans. — État comateux. — Dilatation inégale des pupilles. — Tiraillement en-dehors de la commissure de la lèvre droite. — Respiration suspirieuse. — Tremblement et agitation du bras droit. — Paralysie du sentiment et du mouvement du bras gauche. — — Vaisseaux de la superficie gorgés de sang. — Traces de phlegmasie vers la convexité, surtout à droite. — Peu d'épanchement

ventriculaire. — Ramollissement blanc du trigone et de la couche superficielle et supérieure du corps calleux.

Villeux (François), âgé de sept ans, placé depuis long-temps dans la salle Saint-Jean de l'hôpital des Enfants, était affecté d'une teigne faveuse, d'une otorrhée double et d'une carie vertébrale. Atteint, le 12 février 1827, d'une nouvelle maladie, il succomba en peu de jours.

Les symptômes les plus saillants qui se manifestèrent pendant le cours de cette dernière affection furent les suivants : État comateux; dilatation inégale des pupilles; tiraillement en dehors de la commissure droite des lèvres; respiration suspirieuse; tremblement et agitation du bras droit; paralysie du sentiment et du mouvement du bras gauche.

Autopsie cadavérique.

Vaisseaux de la superficie du cerveau gorgés de sang; teinte opaline de l'arachnoïde; infiltration gélatiniforme de la pie-mère qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux, surtout à droite. Une demi-cuillerée environ de sérosité se trouvait dans chaque ventricule latéral; le septum était intacte; ramollissement crémeux du trigone cérébral; même ramollissement de la couche supérieure et superficielle du corps calleux. Couches optiques et corps striés n'offrant rien d'appréciable. Rien autre chose de remarquable, ni du côté du cerveau, ni vers les autres organes.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Age, douze ans. — Céphalalgie. — Paupière gauche tombante. — — Délire. — Assoupissement. — Constipation. — Pouls fréquent. — Réponses tardives. — Sensibilité générale obtuse. — Changements brusques de coloration de la face. — Dilatation des pupilles. — Perte de la vue à gauche. — Paralysie des muscles de la face à gauche. — Respiration inégale, suspirieuse. — Convulsions. — Mort.

Arachnoïde de la convexité sèche. — Pie-mère injectée. — Épanchement très-médiocre. — Ramollissement des ventricules. — Cloison intacte. — Traces de phlegmasie en arrière des nerfs optiques.

Chamillon (Louise-Victoire), âgée de douze ans, fut reçue à l'hôpital des Enfants malades le 21 mai. Depuis longtemps elle se plaignait de maux de tête; mais, depuis à peu près cinq jours, ou avait remarqué que sa paupière supérieure gauche était tombante, et que l'œil du même côté était insensible à l'action de la lumière. Cette jeune fille, en outre, depuis la même époque, était devenue difficile et d'une humeur chagrine ; parfois même elle délirait ou tombait dans l'assoupissement ; elle était, d'ailleurs, constipée, mais n'avait point vomi.

Le 22 mai, pouls donnant cent quatre pulsations par minute; état de somnolence; réponses tardives, incertaines; douleur sus-orbitaire à gauche; sensibilité générale obtuse; changements brusques de coloration de la figure; dilatation des pupilles; paralysie de la paupière supérieure gauche; perte de la vue de ce côté; paralysie des muscles de la face à gauche aussi; motilité des membres conservée.

Symptômes nouveaux ou modifications survenues les jours suivants dans les symptômes précédents.

Le 25 mai, respiration inégale, suspirieuse; pouls, cent trente-deux pulsations; pupilles très dilatées; couche albumineuse déposée à la surface de la cornée; lèvres encroûtées; extrémités froides; peu de diarrhée.

Le 29, chaleur à la peau; respiration stertoreuse.

Le 30, mouvements convulsifs. Mort.

Autopsie cadavérique le 1er juin.

Tête : Circonvolutions cérébrales aplaties, déprimées ; arachnoïde de la superficie des hémisphères sèche; mais ni opoque, ni infiltrée, ni adhérente; réseau de la pie-mère injecté, gorgé de sang; deux onces environ de sérosité limpide dans les ventricules du cerveau. Les parois des ventricules latéraux, en avant et en arrière, offraient l'aspect et la consistance du lait caillé; le trigone cérébral présentait aussi cette sorte de ramollissement blanc; mais le septum médian était

intact et n'avait point pris part à ce genre d'altération. A la base du cerveau, en arrière du carré des nerfs optiques, existait, dans une étendue assez grande, une infiltration gélatiniforme, accompagnée, vers quelques points, d'exsudation plastique.

Thorax : Les ganglions bronchiques étaient transformés en tubercules. La membrane muqueuse bronchique offrait quelques rougeurs, surtout à droite et entre les cerceaux cartilagineux du canal aérien ; le poumon gauche était sain ; le droit se trouvait çà et là partiellement engoué ; ni l'un ni l'autre ne contenaient de tubercules.

Abdomen : La plupart des ganglions mésentériques étaient tuberculeux. Quelques follicules étaient développés, et quelques rougeurs existaient à la surface interne et vers la partie inférieure de l'intestin grêle. Les reins, le foie, la rate contenaient des tubercules miliaires.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Mésent, âgé de trois ans, apporté le 29 et mort le 30 mai à l'hôpital des Enfants malades (diagnostic, hydrocéphale aiguë). Symptômes principaux : Yeux continuellement mobiles ; pupilles insensibles et dilatées ; coma ; sensibilité générale obtuse ; pouls petit, fréquent ; peau chaude ; râlement. Mort.

Autopsie cadavérique.

Méningite de la base ; épanchement de sérosité dans les ventricules cérébraux ; ramollissement crémeux des parties centrales du cerveau (trigone, septum). Tubercules bronchiques, pulmonaires et mésentériques ; gastro-entérite.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Garent (Aimable), âgé de huit ans, malade depuis quinze jours, entra le 3 et mourut le 10 juillet à l'hôpital des Enfants. Fièvre, céphalalgie et vomissements au début ; constipation. Symptômes principaux : Coma ; abolition des facultés intellectuelles et de rapport ; rigidité paralytique des membres.

Autopsie cadavérique.

Méningite de la convexité et de la base ; ramollissement blanc du trigone et du septum ; peu de sérosité épanchée dans les sinus du cerveau ; pneumonie partielle gauche ; tubercules pulmonaires.

VINGTIÈME OBSERVATION.

Chez le nommé Lortroy (Henri), âgé de douze ans, reçu le 9 et mort le 11 avril à l'hôpital des Enfants, et qui avait aussi présenté les phénomènes expressifs attribués à l'*hydrocéphale aiguë*, on reconnut à l'autopsie les lésions suivantes : Sécheresse, opacité de l'arachnoïde qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux ; exsudation plastique ; infiltration ; enfin traces de phlegmasie encore plus marquées à la base du cerveau ; ramollissement crémeux des parties moyennes. Tubercules bronchiques et pulmonaires ; traces de phlegmasie gastro-intestinale.

VINGT-ET-UNIÈME OBSERVATION.

Un enfant, âgé de six ans, placé au n° 18 de la salle Saint-Jean de l'hôpital des Enfants, succomba, le 8 octobre 1827, aux suites d'*une hydrocéphale aiguë*, après avoir résisté, pendant dix-sept à vingt jours, aux atteintes de cette maladie.

(Dans la dernière période ; résolution paralytique générale.)

Autopsie cadavérique.

Ramollissement blanc du trigone cérébral ; injection vers l'ergot ; sérosité peu abondante, épanchée dans les ventricules cérébraux ; épaississement et opacité des membranes à la base du cerveau.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Age, onze ans. — Céphalalgie, vomissements. — Agitation —Délire. — Assoupissement comateux. — Strabisme. — Insensibilité des pupilles à la lumière. — Soupirs. — Sensibilité générale obtuse.— Pouls fréquent.

Injection des vaisseaux de la superficie, exsudation puriforme. —

Quelques traces d'exsudation puriforme vers la base. — Le septum lucidum est seul un peu plus mou qu'à l'ordinaire.

Une jeune fille, âgée de onze ans, très-sujette, dans son enfance, aux ophthalmies, aux engorgements glanduleux, présentant, en un mot, tous les caractères du tempérament scrofuleux, entra à l'hôpital des Enfants le 11 juillet 1830. Elle éprouvait, depuis un mois, des douleurs de tête; elle fut, à la même époque, prise de vomissements, très rapprochés d'abord, mais qui devinrent de plus en plus éloignés. Elle avait rendu des ascarides, il y avait quelques jours. Il s'était manifesté, depuis deux jours, de l'agitation et du délire. Le 10, il avait été si intense, qu'on avait été obligé d'attacher la malade. (Dix sangsues lui ont été appliquées derrière chaque oreille.)

Le 11, le délire avait cessé, la malade était plongée dans un état de stupeur et de somnolence dont il était difficile de la tirer; les pupilles n'étaient pas dilatées, mais elles étaient insensibles à la lumière. Strabisme; pas de grincements de dents; face pâle; soupirs prolongés et par intervalles; la contractilité musculaire n'était pas affaiblie; mais la sensibilité était très obtuse. Lorsqu'on pinçait fortement la peau des droigts, la malade les remuait à peine; elle ne paraissait pas éprouver de douleur. Le pouls était faible et fréquent, cent huit pulsations par minute; la langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre; le ventre ne paraissait pas douloureux; deux évacuations alvines avaient eu lieu à la suite d'un lavement. (Sinapismes aux jambes; vésicatoires aux cuisses; ventouses à la nuque.)

Le 14, les mêmes symptômes persistèrent, mais avec plus d'intensité. La sensibilité des membres était presque entièrement éteinte; assoupissement profond. (Vésicatoire à la nuque; sinapismes aux pieds; potion tonique avec tilleul, extrait mou de quinquina et éther.)

Mort dans la nuit.

Autopsie cadavérique.

Injection considérable des vaisseaux superficiels des ménin-

ges; deux points d'exsudation puriforme, l'un à droite, l'autre à gauche de la grande scissure inter-lobaire. A la base du cerveau, près la scissure de Sylvius, quelques traînées d'exsudation puriforme. Le cervelet présentait également du pus vers plusieurs points de sa surface; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien adjacent en était infiltré çà et là. Le septum lucidum seul paraissait plus mou qu'à l'ordinaire. Les sinus de la dure-mère contenaient des concrétions fibrineuses.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Age, neuf ans. — Céphalalgie. — Nausées, vomissements. — Abattement, prostration, somnolence. — Sensibilité générale exaltée. — Pouls très-fréquent. — Scarlatine. — Perte de connaissance, criailleries. — Délire. — Pouls irrégulier. — Tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité. — Peu de sérosité dans les ventricules. — Injection des vaisseaux de la substance du cerveau.

Un enfant, âgé de neuf ans, d'une assez forte constitution, couché au n° 22 de la salle Saint-Jean, fut pris, le 13 août 1831, sans cause connue, de céphalalgie, de douleurs abdominales et de diarrhée. Le 14, il survint des nausées, puis des vomissements de matières bilieuses contenant un ver. Le 16, éruption de petites taches plus larges, plus nombreuses, d'un rouge plus vif que celles de la rougeole. Entrée à l'hôpital des Enfants dans la soirée du 18.

Abattement, prostration, somnolence; la sensiblité générale est très-vive, le moindre contact provoque les criailleries; le pouls est petit, faible, extrêmement fréquent; toux rare; gêne de la respiration; râle crépitant en arrière et à gauche; respiration bronchique; douleurs de gorge; gêne de la déglutition. La nuit, délire; criailleries.

Le 19, surface du corps couverte de plaques rouges confluentes aux aisselles, aux aines, sur le dos et les extrémités inférieures; les caractères d'une éruption scarlatineuse sont évidents. Pouls faible, dépressible, cent huit pulsations par minute; peau chaude et sèche; plus de vomissements; mais sensibilité du ventre à la pression, surtout vers la région iléo-

cœcale; diarrhée. Le malade n'a pas la connaissance de ce qui se passe autour de lui; il criaille de temps en temps. Pendant le reste de la journée, pas d'amélioration; la fréquence et la faiblesse du pouls persistent, le délire continue, les vomiturritions reviennent, et le malade succombe à une heure du matin.

Autopsie cadavérique.

Habitude extérieure, rien de remarquable, si ce n'est une teinte violacée très prononcée des aisselles, des aines et du dos.

Cerveau : Caillot fibrineux dans le sinus longitudinal supérieur; rien dans les scissures. Les membranes se détachent avec facilité; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité; les plexus choroïdes sont très-rouges; chaque ventricule latéral contient une cuillerée à café de sérosité. La cloison demi-transparente est intacte. La substance cérébrale est peut-être un peu plus ferme que dans l'état physiologique. Les vaisseaux cérébraux sont gorgés de sang.

Abdomen : Deux ganglions mésentériques contiennent de la matière tuberculeuse; les autres sont sains. La membrane muqueuse de l'estomac est saine. L'intestin grêle contient une douzaine d'ascarides lombricoïdes. La muqueuse, recouverte par un liquide jaunâtre, crémeux, est blanche et ne présente de rougeur que vers le bord des valvules. Les follicules de Brunner sont très-nombreux et très-saillants. Le gros intestin contient une grande quantité de liquide verdâtre; mais la muqueuse ne présente pas d'altération notable.

Poitrine : La cavité pleurale gauche contient environ six onces de sérosité mêlée de flocons albumineux. Fausses membranes très-étendues; hépatisation du lobe inférieur gauche; engouement en arrière du lobe supérieur. Ganglions bronchiques rouges et volumineux.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Méningite de la base du crâne, délire.

Ribour (Alfred), âgé de six ans, entra, le 3 janvier 1833, à

l'hôpital des Enfants. Constitution grêle. A eu précédemment la rougeole, la scarlatine et le croup. Avait fait une chute sur la tête, il y avait une quinzaine de jours ; la contusion légère qui en était résultée s'était dissipée sans autre accident.

Le 16 janvier, céphalalgie intense, vomissements de matières bilieuses verdâtres. Application de sangsues à l'épigastre et aux apophyses mastoïdes ; convulsions qui se renouvellent à quelques jours de là.

Le 31, céphalalgie intense, nouveaux vomissements; délire. Alternative de rougeur et de pâleur de la face, céphalalgie, dilatation inégale des pupilles, strabisme à gauche; le malade répond cependant à quelques-unes des questions qu'on lui adresse. Pouls, cent pulsations par minute; peau chaude et sèche, etc. Quelque temps après la visite, délire continu; il présente même quelque chose de bachique.

Le 3 février, nuit agitée, insomnie, délire continu. Carphologie. Mouvements automatiques, décubitus sur le côté droit; légère contracture des extrémités inférieures. La peau conserve sa sensibilité ; elle est couverte d'un grand nombre de petites ecchymoses. Pupilles dilatées, insensibles à l'action de la lumière. Ventre indolent, constipation ; pouls, quatre-vingt pulsations. Respiratîon peu accélérée, mais inégale ; vingt inspirations par minute.

Le 4, moins de somnolence, agitation, délire, loquacité, exaltation de la sensibilité de la peau. Céphalalgie. Pouls petit, fréqnent, irrégulier.

Le 5, pouls irrégulier, cent huit pulsations par minute. Respiration inégale, trente-six inspirations par minute. Assoupissement dont le malade sort par instants pour pousser des cris aigus. Contracture des membres inférieurs ; contracture des paupières, surtout à gauche. Dilatation des pupilles, immobilité de l'iris.

Le 6, coma, respiration stertoreuse, occlusion des paupières. Face alternativement rouge et pâle ; résolution des membres, soubresauts des tendons ; respiration lente, inégale. Pouls petit fréquent, irrégulier, cent dix-huit pulsations; constipation

opiniâtre. Dans la soirée, perte presque complète de la sensibilité et de la motilité des membres. On peut le pincer fortement sans lui arracher de cris.

Le 7, déjections involontaires. Carus, stertor, résolution des membres; néanmoins quelques mouvements carphologiques du bras gauche s'observent. Spasme de l'œsophage, déglutition des liquides très gênée. Mort dans la soirée, sans sortir du coma.

Ouverture trente-six heures après la mort.

Cavité céphalique: Le cerveau remplit exactement la cavité du crâne; vaisseaux de la périphérie et des méninges gorgés de sang; l'arachnoïde de la convexité des hémisphères est sèche, mais transparente, et nullement adhérente au cerveau : toute la portion de cette même membrane qui tapisse la base du cerveau est dense, opaque, recouverte d'exsudations plastiques ou purulentes de couleur jaunâtre; cette membrane est très épaissie en quelques points. Les bords de la scissure de Sylvius à gauche ont contracté des adhérences; les ventricules du cerveau contiennent trois cuillerées environ de sérosité citrine; la substance grise semble plus foncée que dans l'état normal; la substance cérébrale n'offre d'ailleurs, nul changement appréciable dans sa consistance; le cervelet et la moelle paraissent à l'état sain.

Rien de remarquable dans la cavité thorachique.

Les organes de l'abdomen n'offrent point non plus de lésions dignes de fixer l'attention.

A part les évacuations sanguines indiquées précédemment, le traitement s'est borné à des potions antispasmodiques avec l'acide borique, à l'emploi de purgatifs et de révulsifs appliqués à la nuque et aux jambes.

VINGT-CINQUIME OBSERVATION.

Pneumonie. — Symptômes cérébraux.

Un enfant, âgé de vingt-sept mois, fut reçu, le 17 mai 1833,

à l'hôpital des Enfants-Malades. Le 10 mai dernier, il avait été pris de fièvre, de dyspnéee et de vomissements. Le 14, il survint du délire pendant la nuit ; puis, les jours suivants, il se manifesta de l'assoupissement qui persista jusqu'au 17 mai. Le 17, à la visite, la face était pâle, les pupilles dilatées, la toux fréquente, la respiration accélérée, cinquante-six inspirations ; pouls, cent quarante-quatre pulsations par minute ; oppression considérable ; râle sous-crépitant inférieurement à gauche, souffle tubaire à droite ; son obscur inférieurement des deux côtés ; somnolence, mais nulle paralysie du mouvement et du sentiment ; décubitus dorsal. Persistance des mêmes symptômes jusqu'à la mort, arrivée le 21.

Ouverture douze heures après la mort.

Tête: Le sinus longitudinal supérieur contient un caillot fibrineux assez volumineux ; les vaisseaux des méninges sur toute la périphérie sont notablement injectés ; la cavité de l'arachnoïde contient environ trois cuillerées de sérosité : cette membrane conserve sa transparence ; elle est ferme et n'adhère en aucun point à la surface des circonvolutions. Du reste, nul changement appréciable, soit dans la coloration, soit dans la consistance de la substance cérébrale. Les ventricules ne présentent non plus aucune particularité.

Poitrine : La muqueuse des bronches est rosée ; pneumonie partielle double ; peu d'adhérences pleurétiques.

Abdomen : Rien de remarquable ; les viscères paraissent n'avoir subi aucune lésion.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Méningo-encéphalite. — Ramollissement du septum lucidum. — Mort.

Une fille, âgée de onze ans, d'une faible constitution, ayant eu dans son enfance, de la gourme, des engorgements lymphatiques au cou et une ophthalmie des plus rebelles, entra à l'hôpital des Enfants le 9 juillet 1830. Elle était malade depuis un mois. Céphalalgie intense dès le début, s'accompagnant de vomissements, assez souvent répétés d'abord, mais

devenus de plus en plus rares ; puis diarrhée. Le seul traite-qui fut employé consista dans une saignée du bras.

Le jour de son entrée, douleurs de tête intolérables, agitation alternant avec l'assoupissement ; le front est brûlant, le visage tantôt pâle, tantôt coloré, la langue est sèche, le pouls fréquent, cent huit pulsations par minute. (Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger ; huit sangsues derrière les oreilles).

Pendant la nuit, délire ; elle se leva. On fut obligé de l'attacher dans son lit.

Le 10, à la visite, assoupissement, somnolence continuelle, strabisme à gauche, pupilles insensibles à la lumière, sensibilité obtuse des deux côtés du corps, plus émoussée à gauche ; lorsqu'on la pince, elle ne témoigne aucune douleur. Son état ne permettant plus l'emploi des évacuations sanguines, on prescrivit la potion suivante : *Eau de tilleul, quatre onces; sirop simple, une once; extrait mou de quinquina et éther sulfurique, de chaque, demi-gros.*

Le 13, perte absolue de la sensibilité, carus des plus profonds, râle trachéal. Mort.

Nécroscopie.

Les vaisseaux du cerveau et des méninges sont très injectés ; il y a une exsudation puriforme sur la partie convexe de l'hémisphère droit ; exsudation de même nature dans la scissure de Sylvius du même côté. Ramollissement du septum lucidum. Les sinus étaient gorgés de sang, et contenaient plusieurs concrétions polypiformes. Les ventricules étaient dilatés et contenaient une assez grande quantité de sérosité. Les circonvolutions étaient fortement aplaties ; les ganglions bronchiques tuberculeux : le tube intestinal contenait six ascarides lombricoïdes.

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Tubercules cérébraux. — Méningo-encéphalite.

Une jeune fille, âgée de trois ans, apportée à la clinique,

dans les premiers jours de juillet, par des personnes qui ne purent fournir aucun renseignement sur son état antérieur, présentait les symptômes suivants : Décubitus sur le dos, assoupissement, perte de connaissance ; le bras et la jambe gauches étaient tantôt contractés, tantôt agités de mouvements convulsifs ; les pupilles étaient dilatées et peu sensibles à la lumière, la respiration était inégale et suspirieuse, le pouls petit et fréquent, cent vingt pulsations par minute ; la langue était sèche et couverte d'un enduit grisâtre ; il y avait de la constipation. (*Tilleul édulcoré; sangsues derrière les oreilles.*)

Le lendemain, 4 juillet, il y avait un peu d'amélioration. La malade paraissait sortir, par instants, de son assoupissement. (Huit grains de calomel.)

Deux jours après, coma profond. (Vésicatoire sur la tête.)

Le 8, carus, relâchement des membres contractés.

Le 9, exaspération des symptômes, fréquence extraordinaire du pouls, cent soixante pulsations par minutes. Mort dans la soirée.

Nécroscopie.

Les circonvolutions cérébrales paraissaient aplaties, comme si le cerveau eût été comprimé. La surface convexe ne présentait aucune altération appréciable. Dans la scissure droite de Sylvius, épanchement de sérosité purulente, adhérence intime entre les méninges et la pulpe cérébrale, dont on ne pouvait les détacher. Le cerveau, dans ce point, était évidemment ramolli, il était d'une teinte rosée. On trouva dans cette même partie trois tubercules grisâtres ayant la forme et le volume d'un petit pois. Il y avait une couche purulente vers la convexité du cervelet, et un peu de liquide lactescent dans le septum lucidum. Les plexus choroïdes avaient une teinte livide. Les ganglions bronchiques et les poumons contenaient des tubercules (1).

(1) Les détails nosologiques qui suivent, nous dispensent de commenter toutes ces observations, ou même celles qui, ainsi que la vingt-cinquième, n'ayant trait qu'à des troubles, des irritations sym-

Caractères anatomiques de l'hydrocéphale aiguë.

Le degré de fréquence des lésions que démontre l'anatomie pathologique, n'est certes pas le même pour toutes. L'épanchement dans les cavités du cerveau, le ramollissement du septum médian, l'épaississement, l'opacité, l'infiltration des membranes de la base, sont les traces cadavériques les plus communes ; mais ces altérations organiques ne sont pas les seules que l'on découvre après l'affection, ou plutôt après les affections qui nous occupent. L'injection des vaisseaux de la superficie des hémisphères cérébraux (1), l'infiltration l'opacité, les exsudations plastiques des enveloppes de la convexité, la rougeur, le ramollissement de la substance cérébrale...., etc., existant seuls ou en même temps qu'une ou plusieurs des lésions précédentes, se rencontrent fréquemment encore (2); ce qui, du reste, n'avait pas échappé aux premiers observateurs (3).

En effet, parmi les caractères anatomiques assignés à l'*hydrocéphale aiguë* par Whytt, Fothergill, Watson, Percival, Ludwig, il est fait mention d'une multitude de points rouges apparaissant à la surface des tranches de la substance cérébrale incisée. Quin, dans l'ouvrage qu'il publia en 1779, sur le même sujet, considère l'hydrocéphale interne comme provenant d'*une accumulation morbide du sang dans les vaisseaux du cerveau.* John Cheyne a observé aussi la réplétion des vaisseaux sanguins de la tête chez des sujets morts d'hydrocéphale aiguë. Billard et M. Bricheteau ont parlé de turgescence, d'hypertrophie du cerveau.

pathiques, indirectes des centres nerveux, n'occupent pas moins une place utile.

(1) En détachant avec soin toutes les membranes de la superficie du cerveau, et en arrosant d'eau chaude la convexité des hémisphères, on y remarque parfois alors une rougeur comme érysipélateuse plus ou moins étendue.

(2) Voir les observations

(3) M. le docteur Baron admet aussi, à la suite de la *fièvre phalique*, la possibilité de diverses lésions anatomiques.

Le fait d'une congestion cérébrale est, certes, plus que suffisant pour expliquer la production des symptômes cérébraux, puisque, le plus souvent, l'encéphalite est mortelle avant que la suppuration ne s'établisse; mais cet état morbide, qu'il soit le résultat de l'irritation, ou qu'il provienne d'une cause purement mécanique, d'une gêne apportée au cours du sang dans le cerveau ou les membranes, peut encore fournir une solution satisfaisante au phénomène de l'épanchement.

Les expériences de M. Magendie sur l'exhalation que l'on peut comparer, d'après ce physiologiste, à une sorte d'exsudation, de transsudation, peuvent être invoquées à ce propos : cet expérimentateur a prouvé, en effet, que la pression que supporte le sang dans les vaisseaux, influe activement sur ce mode de sécrétion.

Il n'est donc pas besoin qu'une congestion soit active pour qu'un épanchement aqueux en soit la conséquence : la gêne de la circulation, la stase du sang, un obstacle mécanique apporté à son cours suffisent pour en assurer la production. Haller a vu la compression des veines jugulaires être suivie d'une *apoplexie séreuse*, d'assoupissement, etc. Morgagni assure que la compression de la veine-cave supérieure, par un poumon enflammé, peut amener un épanchement séreux dans le cerveau. Suivant ces deux célèbres pathologistes, de semblables épanchements seraient assez ordinaires après les longues agonies. Sans énumérer plus longuement d'autres observations analogues, notamment celles d'ascites résultant d'obstructions de troncs veineux, rapportées par MM. Ancelin et Bouillaud; nous dirons que maintes fois, en examinant les cadavres d'individus chez lesquels s'était prolongé le râle des agonisants, et bien qu'ils aient succombé à des maladies étrangères aux centres nerveux, nous avons aussi trouvé de la sérosité épanchée dans les cavités du cerveau; la quantité en était même parfois assez notable, et bien que, pendant la vie, aucun symptôme cérébra ne se fût manifesté (1).

(1) Voir, parmi nos observations, celles étrangères aux maladies de la tête.

Les faits semblables ne sont pas très-rares, et peuvent servir d'argument contre la nécessité de l'épanchement dans la fièvre cérébrale. Cette dernière opinion, attribuée à Quin, a compté de nombreux partisans. Le docteur Mathey, de Genève, s'en montre l'adversaire. Après avoir insisté sur la difficulté d'établir un diagnoctic assuré sur la nature du désordre, sur l'époque de l'épanchement, celle de la mort du malade, il soutient que l'épanchement ne doit pas être regardé comme la cause première ou efficiente de la maladie, mais comme l'*effet* qui n'est pas toujours *nécessairement* produit, puisqu'on a trouvé souvent les ventricules cérébraux dans un état complet de vacuité, quoique, pendant la vie des malades, *les symptômes eussent fait présager l'épanchement*. Ces idées ont été en partie reproduites dans le *Dictionnaire des sciences médicales* : c'est dans les vaisseaux blancs du cerveau que M. Itard place le siége de l'irritation, d'où résulte l'action augmentée des exhalants. Cette opinion est aussi celle du docteur Coindet ; mais c'est à Whytt, auteur du premier mémoire sur l'hdrocéphale aiguë, que doit être rapportée toute priorité à l'égard de cette théorie. Coindet tout en admettant la constance de l'épanchement dans les ventricules cérébraux et dans le canal rachidien, avoue que la compression exercée sur le cerveau par l'épanchement ne suffit pas pour expliquer les symptômes de la maladie. Dance, dans son mémoire sur l'hydrocéphale aiguë chez l'adulte, rapporte des observations dans lesquelles on voit coïncider des symptômes *hydrocéphaliques* avec un faible épanchement, ou même avec son absence complète dans les cavités cérébrales. Des faits semblables sont relatés dans l'ouvrage de M. Charpentier : nous en avons consigné plusieurs dans cet ouvrage. (Observations 1, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 19.)

C'est avec beaucoup de fondement que l'on a compté, parmi les causes déterminantes de l'hydrocéphale interne, les tubercules (1), les kystes, les hydatides, les tumeurs encéphaloïdes

(1) Obs. 4, 27, 28, et voir plus loin à l'article où il est question de productions morbides intra-crâniennes.

qu'il n'est pas très-rare, d'aileurs, de trouver dans la cavité crânienne, particulièrement chez les enfants. On conçoit, en effet, comment ces productions accidentelles, suscitant et fomentant par leur présence une inflammation dans les membranes et la substance du cerveau, peuvent déterminer la manifestation de phénomènes cérébraux. Mais parmi les produits divers que l'on trouve dans le crâne, il en est quelques-uns qui paraissent bien plutôt ou bien plus souvent devoir être considérés comme effet que comme cause de *méningo-encéphalite*. Telles sont aussi les granulations que l'on remarque parfois à la surface des membranes du cerveau, tout-à-fait comparables aux granulations pleurales que l'on rencontre à la suite de quelques pleurésies. Ces corpuscules se trouvent disséminés vers différents points de la périphérie du cerveau, (obs. 5, 11, 14); elles siègent dans le tissu sous-arachnoïdien, font saillie à la surface interne de l'arachnoïde et adhèrent à cette membrane, de telle sorte qu'on pourrait les croire incrustées dans son tissu. Elles ne semblent être autre chose que les glandes de Pacchioni hypertrophiées, et parfois même *dégénérées* en tubercules. Dance, dans son mémoire déjà cité, rapporte deux ou trois observations, dans lesquelles il est fait mention de productions semblables, qu'il rapproche des granulations du poumon. L'analogie nous paraît grande aussi, et d'autant que nous envisageons (1) d'une manière particulière les granulations de Bayle (2).

(1) Voir l'article ou il est question de la dégénérescence tuberculeuse.

(2) Bien que notre travail sur les affections cérébrales, chez les enfants ait été généralement revu et corrigé, le paragraphe qui précède subsiste tel que nous l'avions publié vers le mois de février 1834. (*Considérations sur l'hydrocéphale aiguë*, etc.). Cette même partie se liait avec nos recherches précédentes (publiées dès le commencement de 1830) *sur la dégénérescence tuberculeuse*, sur la nature, le développement, l'extension de ce genre d'altération et ses rapports avec la maladie scrophuleuse. La possibilité de la rencontre dans le crâne de tubercules ou de granulations, à la suite de l'hydrocéphale aiguë ou méningo-encéphalite, etc., n'est d'aillenrs ni chose douteuse, ni

Ces corpuscules multiples ne sont pas les seules traces de phlegmasie qui s'offrent à la convexité des hémisphères cérébraux (obs. 2, 3, 4, 5, 10, 15, 16) : l'infiltration, l'opacité des méninges, la production de matières plastiques, de pseudo-membranes, d'adhérences, etc., ont été maintes fois également signalées vers cette région ; et ces résultats, bien constants, prouvent que c'est à tort que MM. Parent et Martinet font consister uniquement l'hydrocéphale aiguë dans l'inflammation de l'arachnoïde de la base. C'est sans plus de fondement, que pareille opinion a été reproduite par M. Senn, dans l'ouvrage duquel, d'ailleurs, bon nombre d'observations contredisent l'assertion.

Le docteur Coindet, de Genève, envisage *cette maladie* comme le résultat d'une inflammation bornée à la substance cérébrale des parois ventriculaires, ou qui, *peut-être, s'étend à la membrane qui les tapisse.* Dance définit l'*hydrocéphale aiguë* une inflammation siégeant primitivement, et quelquefois secondairement dans les ventricules cérébraux, *dans leur membrane interne et la couche de substance cérébrale subjacente;* donnant lieu à un épanchement séreux plus ou moins considérable dans ces cavités; plus tard, à un ramollissement plus ou moins étendu de leur parois, se compliquant fréquemment de méningite, surtout à la base du cerveau, et produisant une

chose nouvelle ; mais il est certain aussi (et de nombreux faits et de nombreuses citations peuvent servir à l'attester) que, tantôt causes, tantôt effets, ces produits ne constituent pas les seules lésions anatomiques que l'on trouve après la maladie ou les maladies auxquelles on a appliqué ces désignations ; et il n'est pas moins certain, non plus, que de jeunes sujets ont succombé et succombent journellement aux maladies dont il est question, sans offrir ni avoir jamais offert, avant ou après leur mort, le moindre indice d'affection scrophuleuse.

Nous faisons et plaçons ici ces réflexions, parce que des assertions contraires ont été récemment reproduites, ainsi que quelques autres propositions, sur la prétendue apyrexie et l'absence de toute trace de phlogose dans la *fièvre cérébrale*, ou hydrocéphale aiguë. Voir notre analyse de la méningite tuberculeuse à la fin de cet article.

forme de symptômes différente, en général, de celle de toute autre maladie cérébrale. Ce qu'*elle doit en partie à son siége particulier, et surtout à l'épanchement qu'elle détermine.* Plusieurs faits rapportés par ce médecin peuvent servir à prouver l'existence de la membrane qui tapisse les ventricules du cerveau, et la coïncidence possible de sa phlegmasie *dans l'hydrocéphale aiguë* (1), mais n'établissent nullement la nécessité de cette inflammation; car il est très positif que dans des cas nombreux, que dans les plus nombreux même, nul indice de son état morbide ne se découvre à l'ouverture, bien que la maladie encéphalique ait évidemment existé. (Obs. 1, 6, 9, etc., etc.)

Rob, Whytt, Fothergill, Watson, Percival, Ludwig, qui, les premiers, ont écrit sur l'hyrocéphalie, n'ont pas manqué de signaler, parmi d'autres altérations organiques, le ramollissement des parois des ventricules du cerveau : ce ramollissement partiel est, en effet, très commun, et n'a échappé presque à aucune description (obs. 4, 7, 11, 17, 26, etc.); cependant il n'est pas immanquable non plus, beaucoup d'observations déjà publiées en font foi, et quelques-unes rapportées ici viennent encore à l'appui de cette vérité. (Obs. 1, 3, 6, 9, 12, 13.)

Le manque de cohésion de la substance cérébrale, assez souvent limité au trigone et au septum médian, existe fréquemment ailleurs, même à l'exclusion des parties centrales du cerveau, demeurées fermes et intactes. (Obs. 1, 6, 9.)

Les caractères physiques du ramollissement *hydrocéphalique* ne sont pas toujours les mêmes; il n'a pas constamment une *apparence crémeuse* et n'est pas toujours d'un blanc mat, ainsi que le dépeignent la plupart des nosographes. Moins absolument encore se présente-t-il toujous *coloré*, quoique l'avis contraire compte quelques partisans, notamment M. Charpentier, qui soutient que la pulpe cérébrale ramollie, dans la ma-

(1) Voir aussi nos observations 17 et 37.

ladie qu'il nomme méningo-encéphalite, est jaune, grise ou rose (1). Néanmoins l'existence du ramollissement avec teinte rosée, jaunâtre, avec injection, dans les maladies comprises sous la dénomination d'hydrocéphale aiguë, demeure un fait bien avéré. (Obs. 4, 8, 9, 15, 27.) La rencontre simultanée de ces deux sortes de ramollissements a plusieurs fois eu lieu, et, comme on n'a jamais dénié la nature inflammatoire du ramollissement coloré, cette union est un argument de plus en faveur de la même origine du ramollissement blanc. (Obs. 4, 28.)

Les travaux de MM. Lallemand et Rostan sur le ramollissement du cerveau, ceux de MM. Cruveilhier et Louis sur le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, ont fixé l'attention sur ces altérations organiques devenues moins rares à mesure qu'on les a recherchées et étudiées davantage, devenues moins obscures depuis que l'on s'est appliqué à saisir les circonstances sous l'influence desquelles elles se développaient.

Lors de la production de cette modification dans la cohésion des parties organisées, les causes que l'on voit le plus souvent agir, les symptômes que l'on voit apparaître, le traitement que l'on reconnaît le mieux réussir, sont autant de preuves qui viennent attester la nature inflammatoire de semblables altérations; vérité que, dans un certain nombre de cas, l'investigation cadavérique vient confirmer.

Pour le ramollissement cérébral avec coloration rose, infiltration purulente, etc., point de contestation : son origine, toute phlogistique, est généralement reconnue et admise (2).

(1) *De la nature et du traitement de la maladie dite hydrocéphale aiguë*, Paris, 1837, in-8.

(2) VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

Sur l'identité du ramollissement rouge et du ramollissement blanc du cerveau; par M. SAUSSIER.

Eugène Caillot, âgé de vingt ans, garçon d'hôtel, né à Meaux (Seine et Marne), était à Paris depuis dix ans; il demeurait rue Notre-

Quant au ramollissement blanc, celui dans lequel la substance

Dame-des-Victoires, 20, où il occupait, mais depuis un mois seulement, une chambre obscure et mal aérée. Cheveux blonds, teinte générale de la peau assez foncée. Sa santé avait été habituellement bonne ; il n'avait jamais présenté de symptômes de scrofules dans son enfance. — Il y a cinq ans, il eut au-dessus de la fourchette du sternum un abcès qui dura deux ans, et dont il restait une cicatrice enfoncée, appliquée sur la trachée-artère, et pouvant contenir une noix de galle. Un an après l'apparition de cet abcès, il s'en manifesta un second au-dessus de la clavicule droite, encore persistant, fistuleux, communiquant avec un foyer qui paraît comprendre l'extrémité externe de la clavicule très-augmentée de volume, et l'articulation sterno-claviculaire correspondante. Dans ce foyer, on sent de la crépitation, et par la pression on peut en faire écouler un pus ténu, peu opaque.

Il y a trois ans (année 1836), sans cause connue, il éprouva au printemps et à l'automne, dans la main gauche et pendant un mois chaque fois, des fourmillemens, qui revenaient tous les jours très-souvent pour cesser et reparaître ensuite. En 1837, mêmes phénomènes au printemps. Jamais jusqu'e-là il n'avait ressenti de mal de tête, de douleur dans le dos, ni des convusions. Il entra cette fois à la Pitié où on le traita par des saignées, des sangsues derrière les oreilles, des bains de pied et des pilules dont il ne put indiquer le nom. — A l'automne suivant, les phénomènes augmentent : paralysie du mouvement avec élancemens dans tout le membre supérieur gauche, sans autre altération de la sensibilité générale ; mouvement convulsifs dans les yeux, aberration de la vue, et céphalalgie *frontale* vive. Même traitement qu'au printemps de la même année. — En 1838, à deux reprises encore, dans les mêmes saisons, réapparition des phénomènes de l'automne 1837 : à la dernière seulement, pas de céphalalgie ni de mouvemens convulsifs dans les yeux. Durée égale pour chaque attaque. Enfin, septième et dernière attaque, le 25 mars dernier. — Ce jour-là, contractions dans les doigts, tantôt faibles et tantôt fortes. Cet état dura jusqu'au 31 mars. Alors, de la main les contractions s'étendirent à l'avant-bras, puis au bras, et enfin dans l'intervalle des contractions, paralysie de la motilité Cette fois, les douleurs étaient si fortes qu'elles arrachaient des cris au malade. Il eut dans les yeux quelques mouvements convulsifs qui ont cessé depuis le 31. — Pas de changement jusqu'à son entrée à l'hôpital : pourtant les contractions et les douleurs ont un peu diminué.

4 avril au soir : un peu de céphalalgie, de pesanteur de tête ; pas d'altération dans le sens de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat,

cérébrale molle, blanche, floconneuse, tombe diffluente, en-

pupilles, une ligne de dilatation. — Paralysie complète du mouvement dans le membre supérieur gauche ; sensibilité intacte ; par intervalles, encore quelques contractions avec un peu de douleur, mais moins vive qu'hier ; pas de fourmillemens. — Physionomie à peu près naturelle. Pouls quatre-vingt, peau moite. Rien de particulier du côté du tube digestif et de la poitrine. Dans l'intervalle des attaques, toute l'économie parassait être à l'état normal.

5. Il y a eu encore quelques crises, mais elles ont été beaucoup moins fréquentes et moins fortes. Pendant les trois dernières, faibles secousses sans paralysie dans le membre inférieur gauche. Le mouvement est en partie revenu dans le bras. Pas de fièvre. — (Sérum avec un grain d'emétique, douze sangsues derrière les oreilles, lavement purgatif, bouillon.)

6. Dans la journée d'hier, les douleurs ont été vives dans le bras et le membre inférieur gauche. Il remue bien le bras. Douleur de tête nulle. Les sangsues ne l'ont pas sensiblement soulagé. Pouls quatre-vingts, assez fort. Appétit prononcé. — (Sérum avec deux grains d'émétique, bouillon.)

7. Ses attaques sont de véritables accès d'épilepsie. Ces accès sont maintenant très-fréquents. Les convulsions sont générales au début de l'attaque. Pendant les accès, le malade a la conscience de ce qui se passe autour de lui, et, dans l'intervalle, l'intelligence est très-nette. Pouls quatre-vingt dix. Du reste état général assez satisfaisant. — (Saignée de deux palettes.)

8. Attaques extrêmement nombreuses jour et nuit ; elles sont très-douloureuses et s'annoncent par un sentiment de chaleur vive qui commence au pied gauche et s'étend jusqu'à la tête par le même côté. A la région du cœur, il sent comme un craquement au moment où la chaleur passe. Bras gauche immobile, paralysé du mouvement. Sensibilité intacte. Pas de céphalalgie ; pupilles, une ligne et demie de dilatation. La paupière gauche s'abaisse moins que la droite dans le clignotement. Figure injectée. Pouls cent vingt, large et plein.—(Sérum nitré, douze grains de calomel, lavement avec un gros d'assa fœtida, diète. — Le sang de le saignée d'hier présente un caillot ferme, pas de couenne, quelques cuillerées de sérosité limpide.

9. A peu près même état. — (Saignée de deux palettes.)

10. Les accès se répètent dix à douze fois par heure. Au début de l'attaque tout le corps est agité ; un peu après, mouvemens convulsifs seulement dans le côté gauche à partir de la paupière jusqu'au membre supérieur du même côté ; forte déviation de la bouche à gauche, et

traînée par un léger filet d'eau, il n'en est pas de même : c'est

cependant lorsque l'accès est terminé, paralysie de la joue et des lèvres du côté gauche. La langue se dévie un peu à gauche. La paupière gauche est en partie paralysée. Dans les membres supérieur et inférieur gauches, perte du mouvement, sensibilité tactile conservée. Pas de céphalalgie notable; pupilles, deux lignes de dilatation. Pouls cent huit. Figure pâle. Intelligence nette. La saignée n'a pas soulagé. — (Même prescription, moins la saignée.) — Mort le 11 à trois heures du matin.

Autopsie, le 12 à huit heures. — L'embonpoint général n'a pas beaucoup diminué. Le cadavre dénote une certaine vigueur du sujet. La raideur est de médiocre intensité.

Tête. — Rien de particulier vers les tégumens. Les os qui forment la cavité du crâne sont très-durs, de deux à trois lignes d'épaisseur. Sur la ligne médiane, adhérences faciles à rompre de la dure-mère à la voûte. Cette membrane est peu injectée, peu colorée ; son épaisseur et sa densité ne sont point augmentées.

Pas de sérosité dans l'*arachnoïde* à la face supérieure du cerveau. A la base et dans les ventricules, il en existe environ deux onces qui s'écoulent par une perforation faite à la région cervicale de la dure-mère en ouvrant le canal vertébral. Le crâne ayant été cassé avant d'ouvrir ce canal une légère incision faite à la dure-mère crânienne à permis de constater qu'il n'existait aucun liquide à la face supérieure du cerveau.

La *pie-mère* et l'*arachnoïde* offrent une injection vasculaire fine marquée, étendue à toute la surface du cerveau, mais principalement à la partie supérieure du côté droit. L'injection est fournie par une foule de petites ramifications artérielles et veineuses que l'on distingue à leur couleur différente, noire pour les veines, rosée pour les artères. Du reste, pas d'épaississement des membranes, pas de sérosité infiltrée dans la pie-mère, pas d'augmentation de consistance ; au contraire, finesse trés-grande et transparence générale.

Le cerveau en masse est assez peu consistant.

Si l'on cherche à isoler la pie-mère de la substance cérébrale, on remarque les phénomènes suivans : Pas d'adhérences à gauche, ni sur tout le lobe antérieur droit. Sur la partie antérieure et supérieure gauche, dans trois endroits différens, lorsque la pie-mère est enlevée, apparaît sur la substance grise un *pointillé* très-fin, tellement nombreux qu'il finit par produire une nappe de sang très-mince, d'un pouce d'étendue environ dans chaque endroit. Rien de semblable à droite.

Sur tout le lobe postérieur droit, les circonvolutions sont *un peu*

lui, au contraire, que quelques auteurs ont désigné comme

aplaties, mais encore bien apparentes, et partout à la face supérieure, la pie-mère est complétement adhérente à la substance grise, laquelle est d'un *rouge lie de vin, considérablement ramollie*, semblable à une *bouillie un peu consistante*, et *s'enlève tout entière avec la membrane*, de telle sorte que la substance blanche des circonvolutions est à nu. Une fois la substance grise enlevée au moyen de ses adhérences avec la pie-mère, la substance blanche apparaît comme salie par le contact de la première, et en plusieurs endroits elle est couverte de *points rouges*. Sa consistance est un peu diminuée dans tout le cerveau.

En passant le doigt sur la surface que recouvrait la substance grise ramollie, on finit par sentir dans la substance blanche, à l'extrémité postérieure et supérieure de la scissure de Sylvius, un corps plus résistant que la substance environnante, mais recouvert par une couche de substance blanche. En râclant cette couche à une ligne de profondeur, on arrive sur l'espèce de noyau que l'on avait senti. Il est entouré de *substance ramollie*, un peu moins rouge que ne l'est la grise et aussi un peu plus consistante. A sa partie supérieure, cette substance s'étend fort loin, mais sous forme de couche très-mince, tandis que dans les autres sens cette couche offre de deux à trois lignes d'épaisseur.

Le noyau étant isolé, il se montre sous forme d'un corps dur, du volume d'une petite noisette, enveloppé d'une membrane difficile à inciser, criant sous le scalpel. L'incision effectuée, on trouve d'abord un kyste d'une demi-ligne d'épaisseur, fibreux en quelques points, calcaire en beaucoup d'autres : puis, dans cette enveloppe, est contenue de la matière tuberculeuse fort dure, mais non encore passée à l'état crétacé; sa couleur est d'un gris blanchâtre. La masse du tubercule est compacte; la pointe du scalpel la dégrade par petites portions.

La substance blanche, comme on l'a vu, est généralement de consistance diminuée, et un peu injectée. Les corps striés et les couches optiques sont plus rouges que d'ordinaire, et se rapprochent, pour la couleur, de la substance grise ramollie.

Rien de particulier dans les ventricules et à la base du cerveau.

Cervelet. On a enlevé le cerveau séparément, et en voulant prendre le cervelet, on s'aperçoit qu'il adhère à la dure-mère par la partie antérieure et inférieure de son hémisphère droit. On emporte avec lui la dure-mère adhérente, circonscrite par une incision. On ne trouve rien de particulier dans l'hémisphère gauche ; mais dans l'hémisphère droit, se présentent des altérations remarquables : d'abord, toute la partie inférieure et externe de cet hémisphère a

non inflammatoire, qu'ils ont considéré comme résultant d'une

un *aspect gélatineux*, est *infiltrée*, *celluleuse*, parcourue par des brides dans sa profondeur. Les circonvolutions sont peu saillantes, mais leurs sillons sont encore dessinés. Elles sont d'un *gris blanchâtre*, *ramollies*, *presque diffluentes*, et l'on sent, peu profondément, un noyau volumineux qui occupe une grande partie de l'hémisphère et paraît enveloppé partout de substance cérébrale. Toutefois, la dure-mère envoie dans ce lobe trois brides qui paraissent aller s'implanter sur le noyau. En râclant la substance cérébrale, on voit qu'elle adhère au noyau, et que les trois prolongements de la dure-mère s'y insèrent. Ces brides ont toute la structure de la membrane elle-même : elles sont fibreuses, pleines, nacrées, larges de trois quarts de ligne et longues de deux lignes. Le noyau bien isolé est du volume d'une noix ; sa surface est fibreuse, parcourue par une foule de très-petits vaisseaux rouges qui glissent légèrement sur son tissu ; il reste appendu aux prolongements de la dure-mère.

La tumeur incisée paraît composée d'une membrane fibreuse d'une ligne d'épaisseur, presque transparente, qui forme un kyste, et de substance tuberculeuse de couleur gris-blanchâtre, très-consistante, facile à isoler de la membrane, à molécules agglomérées sans ordre particulier.

La substance cérébelleuse et la pie-mère s'enlèvent ensemble sous forme de détritus.

La moelle et ses membranes sont à l'état sain.

Poitrine. Au sommet du poumon gauche on trouve un tissu assez dense, comme fibreux, sous forme de lamelle d'une ligne d'épaisseur, un peu froncé. Pas de traces de tubercules, dans l'un ni dans l'autre poumon, ni dans les glandes bronchiques. État complétement sain des poumons. *Cœur.* On n'avait pas assez soigneusement examiné cet organe pendant la vie. Son volume paraît un peu augmenté. Pas de caillot à l'intérieur. Les valvules sigmoïdes des deux côtés sont à peu près à l'état normal. Les trois lames de la valvule tricuspide sont épaissies, ses tendons raccourcis, et sur le sommet de deux de ses lames on trouve une plaque fibreuse molle, d'une demi-ligne d'épaisseur, de deux à trois lignes de large, molle, inégale, ne remontant pas jusqu'à la base. A gauche, la valvule mitrale est épaissie, indurée, d'un quart de ligne d'épaisseur, bridée par ses tendons, qui sont raccourcis. La membrane interne du cœur est très-apparente, opaque ; l'épaisseur des parois des cavités est à peu près ordinaire.

Foie et *Rate.* Rien d'anormal. Même remarque pour l'estomac et le duodénum. Mais dans l'intestin grêle, rougeur générale uniforme,

sorte d'imbibition ou de macération de la pulpe cérébrale en contact avec l'épanchement séreux (1). De nombreuses observa-

assez vive, avec de très-petits vaisseaux, sous forme de nappe. A la partie inférieure, follicules isolés nombreux, développés, du volume d'un grain de millet, assez durs, non tuberculeux.

La cicatrice du premier abcès du cou ne fournit aucune indication particulière; elle n'adhère point à la trachée ni à aucun organe autre que le tissu cellulaire. Quant au foyer du deuxième abcès, il comprend l'extrémité sternale de la clavicule, qui présente un mélange de carie et de nécrose, sans aucune trace de matière tuberculeuse. Des esquilles sont libres; elles sont nécrosées. Il n'y a pas d'articulation sterno-claviculaire proprement dite; elle est remplacée par du tissu fibreux lâche. A gauche cette articulation est extrêmement petite pour le sternum; du tissu fibreux la remplace aussi en grande partie.

Cette observation nous paraît surtout mériter de fixer l'attention des pathologistes :

1° Parce qu'elle offre l'existence de tubercules dans l'encéphale sans qu'il s'en rencontre dans aucun autre point de l'organisme;

2° Parce qu'elle présente un exemple de deux ramollissements, un *rouge* et un *blanc*, produits par une même cause, une même maladie, l'inflammation;

3° Enfin, parce qu'elle permet d'arriver à cette conséquence qu'il existe une analogie frappante entre certains ramollissements inflammatoires et les ramollissements blancs réputés *sui generis*.

(*Arch. gén. de Méd.*, juillet 1839.)

(1) Ce ramollissement *blanc crémeux*, ainsi qu'on l'appelle, ne dépendrait-il pas, dit M. le professeur Bouillaud (*Traité clinique et physiologique de l'encéphalite* —1825), d'une sorte d'infiltration séreuse de la substance cérébrale, plutôt que d'une véritable inflammation? Dans les onze observations d'hydrocéphale que je viens de rapporter, ajoute-t-il (p. 61), nous avons pu constater que le cerveau avait perdu de sa consistance, soit dans sa totalité, soit dans quelques-unes de ses parties, et spécialement dans la voûte à trois piliers, la cloison transparente et la surface des ventricules. Un semblable état, qui, dans plusieurs cas, serait mieux désigné sous le nom de mollesse que de ramollissement du cerveau, est-il constamment le résultat d'une inflammation de cet organe? Cette opinion, forte de l'autorité de M. Lallemand et du docteur Abercrombie, bien qu'elle ne soit peut-être pas indubitablement démontrée, me paraît cependant la plus probable. L'altération, en effet, coïncide avec une inflammation de l'arachnoïde; elle se développe particulièrement dans les parties en

tions, sans y comprendre celles qu'on trouvera ici (obs. 4, 7, 10, 15, 16, 22), ont néanmoins démontré que cette sorte de ramollissement ne devait pas être envisagée comme une conséquence de ce dernier (1). Qui ne sait, d'ailleurs, que, dans l'hydrocéphale chronique où l'épanchement est bien autrement abondant et ancien, la substance du cerveau, loin de tomber en déliquium, semble avoir acquis le plus ordinairement une fermeté toute particulière? Un premier aperçu fait tout d'abord reculer devant l'idée d'admettre une forme aussi extraordinaire d'altération phlogistique que celle dépourvue d'un des attributs les plus généraux de l'inflammation : la rougeur par injection vasculaire! Cependant, lors de la production de ce ramollissement, les causes que le plus ordinairement on voit agir, les symptômes que l'on voit apparaître, le traitement que l'on reconnaît être le mieux indiqué, etc...., sont autant de raisons qui militent en faveur de sa nature inflammatoire.

On ne refuse pas de croire à l'existence antérieure d'une bronchite, quand, pendant la vie, s'est manifesté le concours de signes diagnostiques (d'une précision presque mathématique) que l'on sait appartenir à cette affection : on ne refuse pas d'y croire, et lors même que scrutant le cadavre, on ne découvre (ce qui n'est pas très rare) que de la pâleur, une sorte de décoloration, et parfois un ramollissement de la membrane muqueuse des voies aériennes. Le ramollissement dépourvu d'injection de la muqueuse des organes digestifs n'est-il pas aussi, le plus généralement, considéré comme un résultat de la surexcitation de cette membrane?

A propos de ce ramollissement observé chez les enfants,

contact immédiat avec la partie enflammée. Pourquoi ne serait-elle donc pas le résultat d'une phlegmasie de ces parties? etc.

Voir aussi la note à la fin de l'article consacré aux apoplexies et hémorrhagies cérébrales.

(1) On rencontre fréquemment, en effet, des épanchements ventriculaires plus ou moins faibles ou abondans, avec ou sans ramollissement des parties centrales, et réciproquement.

M. Cruveilhier dit : « Peut-on méconnaître, dans les causes de cette maladie, dans le genre de lésion qui la constitue et dans le traitement qui lui convient, une irritation vive, d'où résulte un afflux répété des liquides blancs destinés sans doute à l'exhalation, mais qui, trouvant une texture trop délicate, distendent, désorganisent les tissus et les pénètrent comme un corps inerte ? »

Des arguments fondés sur l'analogie sont plus que des probabilités ; car, outre la faculté de reconnaître l'existence et les attributs extérieurs des corps au moyen des organes sensoriaux, il est encore donné à l'esprit humain d'acquérir, par l'induction, d'autres éléments de certitude.

Cet état particulier de mollesse de la substance cérébrale est occasioné, selon M. Denis (1), par une sécrétion séreuse exhalée interstiellement, qui détruit la cohésion de la pulpe nerveuse, et ce n'est qu'à l'action surexcitante qui s'exerce sur l'encéphale, qu'est dû l'appel des fluides blancs, et par suite un tel ramollissement. Ne peut-on ajouter, afin d'expliquer le manque de rougeur, que les vaisseaux sanguins résistant davantage et plus long-temps à la désorganisation que la pulpe cérébrale, l'absorption du sang qu'ils contiennent s'opère de proche en proche (ne serait-ce qu'au moyen des veines) ; ce qui rendrait compte du défaut d'épanchement, de l'espèce de retrait de ce dernier, de l'absence de toute injection.

Avant de rien déduire de l'examen précédent des lésions organiques relatives à l'affection ou aux affections qui nous occupent, il convient d'en examiner pareillement les caractères physiologiques, envisagés isolément, ou mis en regard des résultats cadavériques.

Telle est d'abord l'esquisse que Dance trace de l'hydrocéphale aiguë : « Céphalalgie violente accompagnée d'étourdissements et de somnolence, lenteur remarquable du pouls, contrastant avec son accélération démesurée aux approches de la mort ; absence de phénomènes fébriles, en opposition ap-

(1) Denis de Commercy, *Maladies des enfants nouveau-nés*, 1826.

parente avec les effets probables d'une phlegmasie aiguë occupant le foyer de l'innervation, le centre des sympathies ; dilatation et insensibilité des pupilles, portées au plus haut degré dans la dernière période de la maladie ; contracture des avant-bras ; raideur du cou et même du tronc, imitant parfois la rigidité tétanique (1) ; enfin, expression de stupidité de la face, en rapport avec l'affaissement et la dégradation des facultés intellectuelles ; résolution paralytique des membres, suivies bientôt d'un coma complet et d'un collapsus général. »

Les caractères physiologiques de la maladie ou plutôt des maladies en question, étant sujets à présenter quelques variétés, soit dans leur ordre, soit surtout dans leur nombre, etc., la symptomatologie ne saurait être toujours la même ; les principales modifications peuvent être prévues et comprises dans les divisions suivantes.

1° A peine si quelques prodromes de la céphalalgie, de la prostration, de la somnolence et quelques épiphénomènes, laissent entrevoir l'affection cérébrale, qui, le plus souvent alors, survient comme complication d'autres maladie préexistante, ou chez des enfants très-jeunes.

2° L'affection de la tête s'annonce et débute par quelques vomissements, de la tristesse, de la céphalalgie, une tendance toute particulière au sommeil, des réveils en sursaut, de la fièvre, des changements brusques de coloration de la face ; s'observent aussi grincements des dents, oscillation et dilatation des pupilles, renversement et roulement des yeux ; somnolence avec conservation, au réveil, des facultés intellectuelles et de rapport, absence ou non de convulsions.

3° Ou enfin à l'un des groupes précédents, mais surtout au second se joignent les contractures et les paralysies musculaires, les diminutions ou pertes générales ou partielles de la sensibi-

(1) Suivant M. Baron, la rigidité tétanique est particulièrement très-fréquente chez les jeunes enfants. L'observation ne prouve pas, ainsi que le prétendait Dance, qu'elle dépende constamment de la transmission bien évidente de l'inflammation à la moelle épinière et à ses membranes.

lité, la torpeur, l'assoupissement, le carus, l'obtusion ou l'oblitération complète de l'intelligence.

Robert Whytt divisait l'hydrocéphale aiguë en trois périodes, d'après l'état du pouls, fréquent et irrégulier dans la première, rare dans la seconde, fréquent et petit dans la troisième. Dance, adoptant ces idées, rattache la lenteur du pouls, dans la seconde période, aux phénomènes de compression du cerveau ; attribue son accroissement progressif, puis enfin sa fréquence dans la dernière, au travail du ramollissement. Il rapporte et invoque à ce propos ce qui se passe après l'hémorragie cérébrale, lorsque les parois du foyer sanguin viennent à s'enflammer, et qu'un ramollissement succède à l'épanchement. S'il en était ainsi, ajoute-t-il, l'appréciation du pouls devrait mériter une certaine importance comme moyen diagnostique, dans l'hydrocéphale aiguë : sa lenteur indiquant un épanchement, sa fréquence un ramollissement. M. Guersant admet aussi la lenteur du pouls et de plus son irrégularité dans la seconde période des inflammations encéphalo-méningiennes, mais non cependant d'une manière absolue. Selon Itard, si le pouls est constamment très-rare du moment où l'on présume que l'épanchement se forme, il est tel quelquefois dès le début, ou bien il subit chaque jour de fréquentes aberrations, pendant lesquelles il est fréquent et irrégulier.

Billard parle de la facilité de l'épanchement et de la lenteur du pouls quand il est considérable ; et M. Bricheteau rejette, au contraire, les trois périodes admises par Whytt. Ce médecin n'a guère observé l'irrégularité du pouls que vers la fin de la maladie.

La fréquence du pouls existe dès le début de l'*hydrocéphale aiguë ;* presque toutes les opinions sont d'accord sur ce point. Quand à sa lenteur admise, à l'exemple de Whytt, comme preuve du passage de l'affection au second degré, comme signe et conséquence de l'épanchement, sa constance, sa corrélation avec le phénomène précédent, sont loin d'être aussi généralement réconues. La fréquence continue du pouls pendant le cours de la maladie en question, pendant le cours des phleg-

masies encéphalo-méningiennes, semble, au contraire, être son mode le plus ordinaire, sans qu'il soit *absolu;* mode qui comporte encore quelques modifications relativement à la force, au développement et au rhythme des pulsations de l'artère. Ainsi, dur et serré ou développé dans le principe, sous la double influence débilitante de la maladie et du traitement, le pouls devient petit, mou, faible, sans cesser d'être précipité, et parfois même irrégulier, bien que ce dernier épiphénomène ne se déclare le plus ordinairement que vers la fin de la maladie ou plutôt du malade (1).

M. Maunoir fait remarquer le timbre particulier du cri des enfants affectés d'*hydrocéphale aiguë* (cri hydrocéphalique). Billard, dans son ouvrage sur les maladies des nouveau-nés, Dance, dans le mémoire cité, ont également parlé de ce cri formé par les plaintes, les soupirs et les gémissements arrachés par la douleur, le malaise. M. Charpentier (2) attribue seulement à la différence d'âge ce qu'offrent d'insolite chez les enfants les cris *hydrocéphaliques*, regardés, à tort, comme caractéristiques.

On trouve dans Underwood, que l'hydrocéphale interne est surtout commune entre la deuxième et la dixième année; que l'observation n'a pas prouvé que les enfants qui ont une grosse tête fussent plus disposés que les autres à l'hydrocéphalie; que le pouls devient fréquent à mesure que la maladie s'aggrave; que les malades ne souffrent qu'avec peine la lumière, qu'ils voient les objets doubles, qu'ils ont du délire, etc. Dans la même édition (publiée par M. Eusèbe de Salle, avec notes de M. Jadelot), sont recueillies minutieusement, ainsi qu'il a été dit, les rides et l'expression générale de la face: le trait oculo-zygomatique serait l'indicateur des affections du système cérébro-nerveux.

(1) Pour apprécier les différens états du pouls, voyez et comparez entre elles nos différentes observations relatives aux affections cérébrales, depuis la première jusqu'à la vingt-huitième.

(2) *De la nature et du traitement de la maladie dite hydrocéphale aiguë* (méningo-encéphalite des enfants). 1829.

D'après MM. Parent, Martinet et Serres, le délire serait exclusivement produit par la méningite de la convexité. Les symptômes des inflammations de la pulpe cérébrale proprement dite sont surtout marqués, suivant M. Lallemant, par les aberrations des fonctions intellectuelles, tandis que ceux de la méningite offrent plus particulièrement des convulsions avec ou sans délire.

Ce n'est pas l'arachnoïde qui pense, dit M. Rostan (1) : et c'est à tort que l'on a prétendu que le délire était un signe de l'arachnitis, car l'inflammation des membranes du cerveau ne le produit qu'en agissant sur ce dernier par sympathie. D'après ce médecin, l'altération de l'intelligence peut dépendre d'une lésion générale ou circonscrite du cerveau ; mais cet organe étant double, la portion saine peut suppléer à la portion malade, et il peut arriver, dans ce dernier cas, que l'intelligence ne soit pas lésée : d'où il résulte, enfin, que l'altération de l'intelligence, quoique pouvant dépendre d'une lésion circonscrite, ne peut faire distinguer cette lésion. Il n'en serait pas de même pour la locomotion.

Selon M. Denis, de Commercy, les phlegmasies cérébrales sont communes chez les enfants, moins cependant après la naissance qu'après le sevrage; leurs causes sont principalement la réaction de l'état inflammatoire de l'estomac et des intestins, la constipation idiopathique, la brusque disparition des exanthèmes cutanés, l'action de la chaleur. Comme symptômes propres à l'encéphalite, il note l'agitation, les convulsions passagères des yeux et de la bouche : ensuite, selon l'altération qui se produit, soit épanchement sanguin, soit ramollissement et suppuration, il se manifeste, par l'effet du premier, de la paralysie et du coma; enfin, par l'effet des deux autres, de la contracture et du coma. Quoique les convulsions aient été observées dans ces divers cas, on ne peut expliquer pourquoi elles manquent souvent.

L'arachnoïdite cérébrale ventriculaire, toujours selon le

(1) Rostan, *Traité du Diagnostic*. 1826.

même auteur, donne lieu moins à de l'agitation qu'à des convulsions fortes, puis bientôt à du coma : dans ce dernier cas, il y a hydrocéphale aiguë. Dans les affections cérébrales, on remarque ce que M. Denis appelle de l'agitation encéphalique. La douleur se manifeste au dehors par des cris, des trémoussements, un air d'anxiété particulier; les traits du visage sont contractés, le visage rougit et pâlit successivement; il passe du froid au chaud, et réciproquement. La fontanelle antérieure bat avec intensité; il y a de l'insomnie, des réveils en sursaut, etc.

Suivant Billard(1), dont nous allons exposer quelques-unes des opinions principales sur ce sujet, l'inflammation des méninges donne presque toujours lieu, chez les très jeunes enfants, à l'élévation et *à la fréquence du pouls*, cet auteur ajoute :

« La réaction fébrile est réellement plus marquée dans ce cas que dans les phlegmasies du thorax et du bas-ventre : cependant j'ai trouvé quelquefois le pouls lent et déprimé; mais, dans ce cas, la physionomie de l'enfant exprimait toujours la douleur et l'anxiété. Il y a aussi parfois une gêne considérable de la respiration, que démontre la lividité de la face et des membres, ainsi que la dilatation lente et pénible des parois thoraciques....

Un des résultats les plus prompts de la méningite cérébrale, est l'épanchement de sérosité dans les ventricules. Cet épanchement, désigné par les auteurs sous le nom d'hydrocéphale aiguë, a lieu assez souvent avant la formation des concrétions pelliculaires, et lors même que l'inflammation de la membrane ne consiste encore qu'en une simple injection; de sorte que beaucoup d'auteurs, attachant plus d'importance au symptôme qu'à la cause qui le produit, se sont bornés à décrire, sous le titre d'hydrocéphale aiguë, cette forme ou variété des phlegmasies encéphalo-rachidiennes.

..... Billard remarque aussi que l'épanchement varie sous

(1) *Traité des maladies des enfants à la mamelle*, 3e édition, 1837, page 673 et suivantes.

le rapport de sa quantité et même de son siége. Sa quantité ne peut être appréciée, et l'on ne peut dire à quel degré elle commence à être assez grande pour causer la distension ou la compression douloureuse; son siége le plus ordinaire est dans les ventricules cérébraux et dans la grande cavité de l'arachnoïde; cependant, on le trouve assez souvent infiltré sous la pei-mère ou bien entre cette membrane et l'arachnoïde. Sa couleur varie du jaune clair au jaune trouble; elle est tantôt mélangée de flocons albuminiformes, tantôt prise en gelée entre les circonvolutions cérébrales, et très souvent sanguinolente chez les enfants naissants...(1) La substance du cerveau est quelquefois fortement injectée et d'une consistance très-ferme; j'y ai trouvé, une fois, de petits épanchements sanguins, disséminés dans les deux hémisphères. Tantôt, au contraire, elle est pâle et dans un état voisin du ramollissement, ou dans un ramollissement complet. La pie-mère est toujours fort injectée, et sa surface, ainsi que celle de l'arachnoïde, tapissée par une couche plus ou moins épaisse de concrétions albuminiformes. Les plexus choroïdes, qui sont presque toujours tuméfiés et d'un rouge noir, sont dans certains cas totalement enveloppés d'une couche épaisse de productions pelliculaires. Enfin, la méningite peut causer, outre l'épanchement de sérosité dans les ventricules, une véritable suppuration à la surface du cerveau (2).

(1) Il est à remarquer que les épanchements séro-sanguinolents paraissent particulièrement fréquents chez les très-jeunes enfants (bien qu'on les rencontre quelquefois aussi chez ceux plus avancés en âge). Obs. 7, etc. Ceux que l'on observe dans la plèvre présentent aussi chez eux, le plus communément, les mêmes caractères. Voir plus loin, au chapitre où il est question de la pleurésie.

(2) L'observation suivante est empruntée à Abercrombie (*Des maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*, traduction de M. Gendrin, 1835, page 78).

Un enfant de cinq mois, qui jouissait antérieurement d'une parfaite santé, fut pris de convulsions le 20 novembre 1817, au matin. L'accès qui fut de courte durée, fut attribué à la dentition ; on incisa donc les gencives sur les dents qui paraissaient produire de l'irritation, et les autres remèdes employés en pareils cas furent administrés. L'enfant

...... Il résulte des considérations dans lesquelles je viens d'entrer (Billard, page 679), que la méningite offre deux périodes ou deux variétés. 1° Elle est simple et ne consiste encore qu'en une injection vasculaire, ou une rougeur pointillée, avec ou sans formation de couches pelliculaires à la surface du cerveau, et dans ce cas elle donne lieu à des convulsions générales, à l'agitation spasmodique des muscles de la face, à des cris provoqués, sans doute, par la douleur qu'elle détermine. 2° Elle se *complique* d'un épanchement séreux, ou séro-purulent dans les cavités cérébrales, et *alors l'agitation et les convulsions redoublent*, pour faire place bientôt à un état comateux plus ou moins profond, accompagné de la dilatation permanente des pupilles, de la raideur des membres, et, plus tard, de leur résolution complète et de l'anéantissement total des facultés intellectuelles, si l'enfant est assez âgé pour qu'elles se soient déjà développées.

Les symptômes offrent beaucoup de variétés sous le rapport de leur durée, de leur intensité, de leurs rémissions et de leurs exacerbations. Ajoutez que tantôt les symptômes les plus graves accompagnent une méningite très-circonscrite, tandis que d'autres fois des lésions anatomiques fort étendues existent sans donner lieu à des symptômes tranchés.

continua d'aller bien durant la nuit, mais le 22, au matin, il se trouva oppressé et sa respiration fut très-fréquente. Le soir il tomba dans un état comateux, sans que d'autres convulsions fussent revenues. Cet état dura quelques heures, et céda à une saignée locale, à l'administration des purgatifs actifs, et à l'application de compresses réfrigérantes sur la tête. Le 23 il y avait un mieux sensible, le regard était naturel; le 24, même rémission des symptômes; mais le soir, retour des convulsions qui durent pendant toute la nuit. Mort au matin. — On trouva entre l'arachnoïde et la pie-mère une production pseudo-membraneuse qui s'étendait sur presque toute la surface du cerveau. Les ventricules contenaient une matière purulente, et la substance cérébrale était ramollie. Dans le voisinage de leurs parois, on ne trouva point d'épanchemens séreux; il y avait une concrétion gelatiniforme au-dessous des nerfs optiques, ainsi qu'à la base du cerveau et du cervelet, une matière semblable, mélangée avec du pus, existait également au-dessous de la moelle allongée.

Il est des cas où l'épanchement se fait tout-à-coup, et cause aussitôt la mort de l'enfant : on a désigné cette variété sous le nom d'hydrocéphalie apoplectiforme. Les membranes cérébro-rachidiennes sont à peine irritées ou enflammées, quelles donnent lieu aussitôt à des convulsions de la face ou des membres, à des contractions tétaniques plus ou moins prononcées, à des doulours, à des cris, à des anxiétés; et alors la pulpe cérébrale ou médullaire prend part ou reste étrangère à l'inflammation, *sans qu'il soit possible de distinguer les cas où cette complication existe, de ceux où elle n'existe pas.* »

Tous les enfants, sur les cadavres desquels M. Cruveilhier a trouvé la substance cérébrale ramollie, ont présenté des signes d'irritation, tandis que, chez les enfants qui n'offraient point cette altération, il n'a observé que des symptômes de compression. Ce qui est loin d'être d'accord avec beaucoup d'observations.

On trouve, dans la même thèse de M. Piquet, sur le ramollissement cérébral, 1828...., que dans ce ramollissement les convulsions manquent souvent; que la douleur n'est pas non plus constante; que la contracture est, avec la paralysie, le meilleur signe du ramollissement; qu'elles le précèdent......; enfin, qu'il s'en faut beaucoup que l'intelligence soit toujours anéantie, car bien des maladies conservent leur raison jusqu'an dernier moment.

Dans son *Traité théorique et pratique de l'hydrocéphale aiguë, ou fièvre cérébrale des enfants* (Paris, 1829), M. Bricheteau prétend que l'oscillation et la dilatation des pupilles sont un des indices les moins équivoques de l'hydrocéphale aiguë; que la fixité des yeux et la contraction souvent répétée ou permanente des muscles oculaires sont des signes *très certains* d'un épanchement intérieur. La lenteur et l'irrégularité de la respiration, que l'auteur place au nombre des symptômes qui, par leur rareté, sont dignes de peu d'attention, sont, au contraire, ceux que, d'après MM. Cruveilhier et Guersant, on pourrait considérer comme les plus constants.

M. Charpentier soutient que l'épanchement ne modifie ni la marche, ni les symptômes de la maladie, de manière à révéler

sa présence; que la dénomination d'hydrocéphale est, par conséquent, inconvenable et même fâcheuse; que celle de méningo-encéphalite exprime beaucoup mieux un état morbide qui n'est autre chose qu'une inflammation combinée du cerveau et des méninges; sans que l'on puisse dire, le plus souvent, par lequel du cerveau ou de ses annexes l'inflammation débute; aucun symptôme pathognomonique ne distinguant, dans l'état aigu, l'une de ces phlegmasies de l'autre (1). Les dissem-

(1) M. Baron considère aussi la *fièvre hydrocéphalique* comme étant une méningo-encéphalite, une inflammation diversement combinée, séparée ou réunie, du cerveau et de ses enveloppes.

Plusieurs cas d'hydrocéphale aiguë, recueillis chez des enfants, sont cités par M. Bouillaud (*loc. cit.*) parmi ses exemples d'encéphalite.

Billard (*id.*, *loc. cit.*, *pag.* 684), après avoir exprimé que les symptômes propres de l'encéphalite étaient *fort difficiles à bien saisir*, et qu'il était plus *difficile encore de constater l'existence isolée de cette inflammation*, rappelle la distinction établie par M. Lallemand entre la méningite et l'encéphalite (citée à la page précédente), et avoue, du reste, qu'en ce qui concerne l'aberration des facultés intellectuelles, cette distinction n'est guère applicable chez les jeunes enfants; mais que, quant aux convulsions, c'est un indice presque certain de l'inflammation des membranes encéphalo-rachidiennes.

Il est bien prouvé cependant que le délire et les convulsions peuvent également se rencontrer et dans l'inflammation du cerveau et dans celle de ses membranes. M. Lallemand lui-même, dans ses recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale, avoue que les mêmes signes précurseurs peuvent annoncer l'arachnoïdite et l'encéphalite, que les signes de l'exaltation de l'action cérébrale, que le délire, les convulsions peuvent se manifester lorsque la substance du cerveau est primitivement irritée.

M. Rostan note parmi les symptômes de l'encéphalite, la céphalalgie, les soubresauts des tendons, les *convulsions*, les crampes, les contractures, les paralysies. Lorsque l'encéphalite est générale, elle présente, selon ce médecin, la même marche et les mêmes périodes que la méningite.

« D'après un grand nombre d'ouvertures de corps, je me crois fondé à croire que l'hydrocéphale aiguë n'est nullement une maladie essentielle, existante par elle-même, mais bien un phénomène purement symptômatique, consécutif d'autres lésions cérébrales, parmi les-

blances qui existent entre l'hydrocéphale aiguë et la fièvre ataxique, qui, d'après ce médecin, n'est aussi qu'une méningo-encéphalite, tiennent à deux causes : 1° à ce que, dans l'hydrocéphale aiguë, la base du cerveau est plus fréquemment enflammée que dans la fièvre ataxique; 2° l'autre cause, qui est la principale, consiste dans les modifications que l'âge apporte dans la vitalité des organes; de sorte que la maladie change de forme et non de nature, suivant l'âge des individus.

Selon le même auteur, l'absence du délire, chez les enfants affectés de méningite de la convexité, tient uniquement à l'état dans lequel se trouvent les facultés intellectuelles à leur âge. Son opinion lui paraît d'autant plus probable, que sur cent vingt-cinq observations d'inflammations des méninges rapportées dans les ouvrages de MM. Parent, Martinet et Serres, il n'en est pas une dans laquelle on ait observé du délire avant la huitième année; et cependant il s'en trouvait treize avec arachnitis de la convexité. D'un autre côté, le délire existe chez les individus qui ont passé cet âge, et sans qu'il soit plus particulier à cette inflammation occupant la convexité, qu'à celle qui est bornée à la base et aux ventricules. La fréquence des convulsions et l'assoupissement paraissent, à M. Charpentier, tenir aussi à la différence d'âge. Quant à la dilatation des pupilles, à leur oscillation, à leur insensibilité..., ces phénomènes dépenderaient, ainsi que les mouvements convulsifs des globes oculaires, de ce que la base du cerveau est plus fréquemment affectée chez les enfants que chez les adultes, etc.

Sans étendre plus loin ces citations, il s'agit maintenant, en suivant la marche déjà adoptée, d'examiner plus en détail les opinions les plus saillantes, de les grouper, de les comparer entre elles, de les opposer les unes aux autres et avec les résultats de nos observations, afin de tâcher d'en déduire les conséquences théoriques qui paraîtront les plus précises.

quelles la méningite et l'encéphalite tiennent le premier rang. Je crois par conséquent que c'est embarrasser l'art par des distinctions superflues que de traiter à part et en détail cette maladie. » Rostan, *Traité élémentaire de Diagnostic*, Paris 1826, pag. 321.

D'abord, quant à la division de la maladie en trois périodes, considérée d'une manière générale, elle est admise par tous les auteurs ; mais les avis se partagent au sujet de cette même division basée sur l'état du pouls. Or, il est certain que les trois variations du pouls admises par Whytt ne sont ni aussi constantes, ni aussi régulières, ni aussi absolument en rapport avec la marche de la maladie, que l'on a voulu le prétendre. De l'aveu même des partisans de l'opinion du médecin écossais, cette triple modification dans les battements de l'artère, peut quelquefois ne pas avoir lieu. Dès lors, ces derniers cas seraient-ils en minorité (ce que nous n'admettons pas), il y aurait motif suffisant pour adopter un mode de division moins infidèle.

Plusieurs médecins distinguent encore de la manière suivante les trois périodes qu'ils assignent à l'*hydrocéphale aiguë :* ils admettent 1° une première période, dans laquelle sont tout à la fois compris les symptômes précurseurs et ceux d'invasion ; 2° une seconde, qui n'est que l'*aggravation* des symptômes d'invasion ; 3° enfin, une troisième période ou de *compression* (1), dont l'acception est déduite de la prétendue nécessité de l'épanchement. Mais à ce compte, la séparation, entre la première et la deuxième période, est évidemment toute artificielle, et la confusion doit être facile ; de plus, il faudrait rejeter la dénomination de la dernière période, si elle impliquait absolument l'idée d'un épanchement. Il sem-

(1) Au nombre des symptômes de l'encéphalite, M. Bouillaud (*loc. cit.*) cite le délire sous toutes les formes, les mouvements spasmodiques, les convulsions générales, les soubresauts des tendons, l'agitation, l'exaltation des sens... Puis à cette période d'irritation succède une période de *compression*. Selon ce médecin et selon M. Lallemand, dans sa première période, l'inflammation du cerveau n'est pas accompagnée de ramollissement, mais seulement d'injection et de rougeur. Plus tard la pulpe cérébrale a notamment perdu de sa consistance, puis viennent les ramollissements.

De ce qu'une période de compression a été aussi attribuée à l'encéphalite ; c'est une nouvelle preuve de l'indépendance des phénomènes qui s'y rattachent relativement à l'épanchement ventriculaire.

blerait plus convenable, d'après la succession la plus naturelle, la plus ordinaire des phénomènes et des lésions, d'établir une période d'irritation, caractérisée par la présence seule des symptômes précurseurs, dont un grand nombre, il est vrai, se retrouvent au début de presque toutes les maladies aiguës, mais dont quelques-uns néanmoins peuvent être regardés ici comme plus habituels, plus spéciaux : tels sont les spasmes, les changements brusques de coloration de la face, les réveils en sursaut, les régurgitations, les vomissements *faciles* et la céphalalgie. La seconde période, ou d'invasion, comprendrait les symptômes qui indiquent l'invasion de la phlegmasie, son établissement. Puis une dernière période serait marquée par les symptômes généraux et locaux qui annoncent le terme des maladies aiguës, l'épuisement de la vie et l'imminence de la mort, phénomènes auxquels s'en joignent d'autres plus ou moins en rapport avec les lésions organiques indiquées.

Mais il faut le dire, la maladîe achève assez fréquemment son cours sans autre manifestation de phénomènes que celle qui a paru vers son début, arborant seulement, pour ainsi dire, en dernier ressort, les signaux de détresse, avant-coureurs du terme de la vie. D'autres fois, la progression du mal est tellement rapide et brusque, que la première période semble avoir été franchie, et que l'on ne reconnaît tout d'abord que la seconde.

Il nous est arrivé de rencontrer pour tous symptômes, même chez des enfants de quatre à cinq ans, de la fièvre, des vomissements, un sentiment de chaleur appréciable à la main vers la région sus-orbitaire, de la tristesse, de la maussaderie, une sorte de taciturnité, avec somnolence, ou envie continuelle de dormir. Dans deux cas analogues, que nous avons observés l'année dernière, la continuité des vomissements aurait pu donner à penser qu'il existait quelque lésion du côté de l'estomac : ce que l'autopsie ne confirma pas. Nous rappelons ici l'observation citée un peu plus haut, empruntée à Abercrombie, et exposons quelques faits et réflexions extraits

de la clinique de M. Trousseau (1), qui serviront aussi à prouver combien peuvent être obscurs et variables la marche et les symptômes *de la fièvre cérébrale.*

« Nous avons eu, au n° 8 de la salle Sainte-Julie, un enfant qui présentait un peu de paresse générale; il continua de téter, et n'eut de convulsions que le dernier jour où sa tête se renversa un peu en arrière; et à l'autopsie, nous trouvâmes un grand nombre de tubercules dans la pie-mère, un ramollissement de la couche superficielle du cerveau. Cet enfant succombait à une méningite tuberculeuse, et il n'y eut nulle autre convulsion qu'un peu de renversement de la tête.

Une petite fille de sept ans, demeurant à Paris, dit un jour à sa mère qu'elle ne voyait que la moitié d'un enfant qui jouait non loin d'elle; elle était frappée d'hémiplégie. A quelques jours de là, elle est offensée par le bruit des voitures et les cris des enfants qui jouent, puis elle manifeste son affection pour ses parens d'une manière qui ne lui est pas habituelle. Il survient des vomituritions, une fièvre notable et un peu de sommeil.

A huit jours de là, cette enfant est plongée dans un sommeil tellement profond qu'il est impossible de l'éveiller; les conjonctives s'injectent, elle est prise de convulsions et meurt.

Vers la fin de la maladie, il était facile de reconnaître la fièvre cérébrale, mais rien au début ne pouvait faire croire à une pareille affection.

L'enfant de madame D...., âgée de cinq ans, change tout-à-coup d'humeur, devient maussade, difficile; elle prend de la fièvre, caractérisée par des frissons qui sont suivis de chaleur à la peau et de sueurs. Le lendemain du jour où ces premiers symptômes se manifestèrent, et dans la matinée, l'enfant paraît un peu triste et sans fièvre; mais vers les trois heures, il survint de nouveaux frissons, et après eux de la chaleur et des sueurs abondantes; la langue est rouge à la pointe et un peu sale. Il y a quelques nausées. Cet état dure plusieurs jours

(1) Insérés dans la *Gazette des Hôpitaux* du 3 juin 1841.

sans s'aggraver, et sans que nous soupçonnions à quelle maladie nous avions affaire.

Le huitième jour l'enfant est prise en notre présence d'une congestion sanguine vers la tête, qu'il nous est facile de constater, et alors ses yeux deviennent hagards. C'est alors seulement que nous reconnaissons la fièvre cérébrale.

Le lendemain, une des paupières supérieures est un peu affaissée, le pouls, de 90 pulsations où il était la veille, est tombé à 64; il y a une grande tendance au sommeil; plus de doute alors sur l'existence de la maladie, dont nous avions vu vingt-quatre heures auparavant les premiers symptômes. Dans le courant de la journée, bouffées de chaleur à la face; nouvelle congestion vers la tête, après quoi l'enfant tombe dans la stupeur. Cet état dure pendant trois jours, au bout desquels l'enfant succombe.

A l'autopsie, nulle trace de tubercules dans la pie-mère ni dans les autres enveloppes du cerveau; la substance cérébrale ressemble à de l'agate, tant elle est transparente; épanchement de sérosité dans les ventricules.

Une autre petite fille de cinq ans, habitant avec ses parents une maison de campagne à onze lieues de Paris, se plaint de froid (on était au mois de juin) et de fatigue; elle rentre, se couche et s'endort. Le soir elle est prise d'un frisson qui se répète plusieurs fois le lendemain à la même heure. Le médecin de l'endroit, appelé, croyant à une fièvre intermittente, donne du sulfate de quinine, mais sans obtenir aucun effet.

Au bout de huit jours affaissement notable, envies de vomir presque continuelles. La mère alors concevant quelques inquiétudes pour son enfant, vient à Paris et nous fait appeler. Nous trouvons la petite malade plongée dans un état de stupeur qui l'empêche de nous reconnaître. M. Récamier est sur-le-champ appelé en consultation, et il prescrit, à cause de l'état saburral de la langue, quelques grains d'ipécacuanha.

Le lendemain, l'un des doigts indicateurs est paralysé; le surlendemain c'est la paupière. La mort arrive au bout de quelques jours, et à l'autopsie nous trouvons un ramollisse-

ment à la périphérie de l'encéphale et un peu de sérosité trouble dans les ventricules.

Chez tous les enfans dont nous venons de parler il y a eu des vomituritions; l'enfant du nº 8 de la salle Sainte-Julie, a présenté des vomissemens qui ont duré quatre jours. Elle était moins gaie que les enfants de son âge; mais elle n'avait pas cessé de bien téter. Or, qui aurait pu dire, il a quatre jours, que cette enfant allait être prise d'une fièvre cérébrale? »

Au dire de tous les auteurs, la céphalalgie est le symptôme le plus constant : cette douleur peut n'être point accusée par les malades trop jeunes (obs. 4, 14); elle peut encore (quoique très rarement) manquer en effet (obs. 2, 11, 15). Les ris et les gémissements empruntent parfois de l'âge des malades et de leur état de torpeur un timbre particulier; ils coïncident avec les élans de la douleur et ne doivent être classés que parmi les effets qui en dépendent; ces cris, d'ailleurs, peuvent être remplacés, au contraire, par le silence le plus complet et une sorte de mutisme (obs. 10, 11, 13); mais l'on ne peut également attribuer à ces accès, à ces retours de douleur (ainsi que le fait Dance), les colorations brusques de la face. Ces alternatives de rougeur et de pâleur de la figure s'observent, en effet, assez souvent dès les premiers jours de la maladie; elles s'observent encore même pendant le sommeil non interrompu des malades, et encore au déclin de l'affection cérébrale, nonobstant l'état d'engourdissement et d'*insensibilité* dans lequel sont plongés les petits moribonds. Ces changements passagers de couleur du visage ont plutôt de l'analogie avec ceux que font naître les impressions morales. Rien d'extraordinaire que de tels phénomènes, soumis à l'influence médiate ou immédiate de l'encéphale, surgissent d'une manière insolite, bizarre et comme essentielle pendant le trouble maladif des centres nerveux. Une dernière explication consisterait à les attribuer à des congestions cérébrales sans cesse renouvelées (1).

(1) M. Baron est d'autant plus porté à attribuer aussi ces rougeurs

Les vomissements, les régurgitations signalent le début de la plupart des phlegmasies viscérales, et ont été aussi rangés parmi les symptômes précurseurs des phlegmasies encéphalo-méningiennes. Ils ont, dans ces cas, ceci de particulier, qu'ils se déclarent fréquemment avant tout autre trouble dans l'état général de la santé, à part quelquefois un peu de tristesse et d'inappétence. Le pouls ne tarde cependant pas à devenir fébrile. Quoique les vomissements aient lieu avec une facilité toute spéciale, les secousses répétées de la région diaphragmatique peuvent imprimer à l'épigastre une sensibilité assez grande pour laisser croire à l'existence d'une gastrite : aussi, certain nombre d'enfants *hydrencéphaliques*, admis dans les hôpitaux, ont-ils l'épigastre empreint de piqûres de sangsues. Chez quelques malades, les vomissements reviennent de loin en loin et continuent ainsi jusqu'à la fin de la maladie.

La constipation est aussi très-ordinaire et très-persistante. L'accumulation de l'activité vitale vers la tête semble être la cause de l'enraiement de la contractilité musculaire et de la sécrétion muqueuse du canal intestinal.

Les différents degrés de trouble des fonctions de rapports seront prévus, pour nous, ainsi qu'il suit : dès le principe, tendance au sommeil, légère somnolence; dans la deuxième période, indifférence aux objets extérieurs, somnolence, assoupissement; puis enfin, vers le dernier terme, somnolence ou carus; oblitération complète des fonctions intellectuelles et de relation. Dans quelques cas assez rares, le malade reprend connaissance avant de mourir (obs. 12). Rarement aussi, mais néanmoins quelquefois, le malade, à peine sommeillant, a des réveils en sursaut, des retours de raison, ou conserve son intelligence dans toute son intégrité. Il est enfin des cas où

ou colorations passagères de la figure à des congestions cérébrales sans cesse renouvelées, qu'il est d'observation pour lui que ces symptômes se remarquent chez des enfants assez âgés pour rendre compte de leurs sensations, et qui avouent, en effet, ne ressentir, dans ces moments, aucune douleur.

l'assoupissement est complet dès le commencement de la maladie (obs. 4, 5, 6, 16...).

Quant au délire, il a lieu surtout au début et dans le courant de la maladie (obs. 3, 7, 9, 12, 17, 22....), beaucoup plus rarement à la fin ; mais quand il persiste jusque là, ou qu'il se déclare seulement à cette époque, il est certain qu'on ne trouvera pas sur le cadavre d'altération profonde, de ramollissements un peu etendus, de ramollissements des parties centrales (obs. 23, 24) (1). Le délire n'est, en général, loquace et bruyant que vers le début, dans la période d'irritation de la maladie : du reste, il n'est pas constant et s'observe, quoi qu'on en ait dit, chez des enfants âgés de moins de huit ans (obs. 3, 24); il n'est pas non plus toujours immanquablement lié à une méningite de la convexité (obs. 12, 17, 24) et réciproquement; il s'observe encore dans la méningite de la base, dans l'encéphalite, etc.

L'apparition du trait oculo-zygomatique, *l'altération particulière du visage* (habitus), qui, selon Coindet, *décèle* et *caractérise* la maladie, sont des épiphénomènes dont on a exagéré l'importance et l'exactitude. A part l'état des yeux, qui fournit des données importantes, les caractères tirés de l'expression de la face sont, en général, assez vagues.

La mauvaise humeur et la souffrance exprimées dans l'*hydrocéphale aiguë* le sont également dans toute autre maladie avec sensation pénible, douloureuse; il y a cependant cette différence que, dans celles où le centre de perception reste intact, la faculté de sentir et de souffrir persiste jusqu'à la fin, tandis que, dans les affections cérébrales, elle s'émousse et s'abolit quand le matériel de l'organe s'altère. L'expression de tranquillité et d'impassibilité que l'on remarque au milieu et au déclin des méningo-encéphalites, paraît donc en rapport avec

(1) C'est ce qui a lieu dans la plupart des maladies compliquées de symptômes cérébraux. — La manifestation d'idées même plus ou moins incohérentes se conçoit, en effet, difficilement dans les altérations organiques profondes, étendues du cerveau : à peine s'il reste la faculté de pousser quelques cris.

l'abolition de la faculté de sentir; mais c'est à l'état des yeux, à leur fixité, à leur rotation sans but, à leur divergence, à leur grande dilatation pupillaire, qu'il faut plus particulièrement attribuer l'air d'hébétude et de stupidité que présente souvent, vers la même époque, la physionomie des malades.

Le mouvement oscillatoire des pupilles a d'abord été signalé par le docteur Odier de Genève. Ce mouvement est dû a un état convulsif de l'iris; il manque souvent et ne doit pas être considéré comme un symptôme particulier de l'hydrocéphale, suivant le docteur Coindet. Il a été dit que M. Bricheteau prétendait que la fixité des yeux et la contraction souvent répétée ou permanente des muscles oculaires étaient des signes très-certains d'un épanchement intérieur; que l'oscillation et la dilatation des pupilles étaient un des indices les moins équivoques de l'*hydrocéphale aiguë*, et par conséquent d'un épanchement présent ou futur. Il a été pareillement exposé que c'était au siége de l'inflammation, vers la base du cerveau, que M. Charpentier paraissait attribuer la dilatation des pupilles, leurs oscillations, leur insensibilité, ainsi que les mouvements convulsifs des globes oculaires. Dance regarde la dilatation des pupilles comme le symptôme le plus caractéristique de l'*hydrocéphale aiguë*. Cette dilatation, selon cet auteur, ne devient bien apparente que dans la deuxième période, et n'est portée à son summum d'amplitude qu'aux approches de la mort. Puis il ajoute cette restriction..., que, bien qu'elle soit constante et qu'elle paraisse dépendre de la compression exercée par l'épanchement dans les ventricules cérébraux, elle peut manquer, quoique cet épanchement soit très-abondant, ou bien se montrer avec un épanchement très-médiocre. Coindet a encore noté, dans la deuxième période de la maladie, la vision double, le strabisme, l'irrégularité des pupilles, leur dilatation, et enfin, dans la dernière période, la cécité.

Dans son article sur l'*hydrocéphale aiguë* du *Dictionnaire de médecine*, M. Guersant s'exprime ainsi : « En mettant de côté tout ce qui appartient aux maladies du cerveau, dont l'*hydrocéphale aiguë n'est qu'un effet secondaire*, on trouve seulement,

pour caractères essentiels de l'épanchement les moins variables, un état comateux plus ou moins profond, une dilatation constante de la pupille, une insensibilité complète de la rétine, une certaine fixité des yeux, qui restent souvent entr'ouverts comme dans une sorte d'extase, et enfin, dans le dernier degré de la maladie, une teinte de la cornée qui paraît comme privée de vie et souvent couverte d'une petite couche albumineuse. » Ces signes ne sont que les moins variables pour M. Guersant; car il dit ailleurs que l'épanchement peut avoir lieu sans céphalalgie remarquable, sans injection de la conjonctive, sans oscillation des pupilles, sans strabisme, sans convulsions, sans grincements de dents, sans paralysie incomplète et sans contracture des membres.

Nous résumerons ainsi les caractères séméiotiques que, dans les phlegmasies encéphalo-méningiennes, on peut tirer de l'état des yeux : au début, pendant la somnolence ou le sommeil, renversement en arrière des yeux et occlusion incomplète des paupières, de telle sorte qu'il n'apparaît que le *blanc* de l'œil. En soulevant la paupière supérieure, on aperçoit la cornée dirigée en haut, immobile et parfois en mouvement par suite du roulement automatique des globes oculaires.

Ces phénomènes se continuent jusque dans les périodes suivantes. Ce n'est guère qu'après la période qui suit les symptômes précurseurs, dans celle d'irritation, que l'on observe la dilatation égale ou inégale des pupilles, leurs oscillations; quelquefois, mais plus rarement, leur resserrement. Le strabisme, la fixité des yeux, l'insensibilité de l'iris, appartiennent plus spécialement à la période de terminaison : il en est de même de l'enduit muqueux de la cornée, de l'exsudation puriforme de la conjonctive, que précède quelquefois la rougeur de cette membrane. Néanmoins, tous ces symptômes peuvent s'interrompre, s'entremêler et changer ainsi leur ordre habituel.

La dilatation et l'oscillation des pupilles ne sont pas moins des phénomènes très-constants et très-persistants; on peut même les voir seuls apparaître et durer pendant tout le cours de la maladie. Quelquefois l'une et moins souvent les deux

paupières sont tombantes et paralysées (obs. 17). Dans d'autres circonstances bien moins communes, l'état des yeux n'offre rien de particulier.

Les auteurs ont, en général, distingué les phénomènes morbides fournis par les organes de la vision, en ceux d'irritation et ceux de compression : le premier ordre comprenant les troubles fonctionnels; la cessation, l'anéantissement des fonctions se rapportant au second. Nul inconvénient à admettre cette distinction, mais sous la réserve que le mot *compression* n'implique pas l'idée d'épanchement ; car il reste, d'ailleurs, prouvé que la pléthore des vaisseaux cérébraux suffit, sinon pour expliquer, du moins pour justifier tout ce qui se passe dans la période à laquelle a été appliquée cette désignation ; qu'ainsi que les congestions actives ou passives, les indurations, les ramollissements du cerveau, les épanchements interstíciels dans sa substance, sont souvent les seules lésions matérielles que l'on trouve à mettre en regard des symptômes dits de compression ; lésions que l'on doit même s'estimer heureux de rencontrer, quand, parfois, rien, ou du moins des lésions cadavériques inappréciables à nos sens, ne peuvent expliquer les phénomènes observés pendant la vie ! Pris donc ainsi dans leur acception la plus générale, les symptômes de compression, se résolvant en phénomènes paralytiques, sont en plus grand nombre, même ceux qui ne se rapportent qu'aux organes visuels, qu'on ne les a présentés dans la plupart des ouvrages. Ils comprennent, en effet, la paralysie complète ou incomplète de la rétine, marquée par son insensibilité imparfaite ou absolue à l'action de la lumière; celle de l'iris, caractérisée en outre par sa dilatation, ou plutôt par son relâchement; celle des paupières, par leur chute; des muscles moteurs de l'œil, par le renversement des globes oculaires et le strabisme (phénomène plus fréquemment dû à la résolution paralytique de quelques muscles des yeux, au manque d'antagonisme qui en résulte, qu'à un mécanisme inverse, qu'à la contracture, à la prédominence d'action de quelqu'une de ces forces musculaires).

La calorification conserve quelquefois le type physiologique, mais plus souvent la peau est chaude; et ce qu'il y a de plus remarquable dans cette augmentation de la chaleur naturelle, c'est qu'elle paraît indépendante de la fréquence du pouls; car elle se conserve malgré le ralentissement de la circulation. Cette particularité n'avait, du reste, échappé ni à Whytt ni à Coindet.

Certaines modifications que présentent aussi les mouvements respiratoires, ont été recueillies par les observateurs. La lenteur, l'inégalité de la respiration, la respiration suspirieuse ont été signalées, et, à titre de fréquence, méritaient de l'être. On ne saurait donner de ces symptômes une description plus exacte que la suivante, publiée par Dance : « La respiration est lente, douce, tranquille, et s'opère sans bruit, sans dilatation apparente du thorax. Ce calme est assez souvent interrompu par des saccades dans l'élévation de la poitrine et par des soupirs involontaires, comme s'il y avait manque d'air dans les poumons, comme si le besoin de l'hématose se faisait sentir et que les malades cherchassent à y suppléer par de profondes inspirations : sur la fin, la respiration devient stertoreuse. »

Comme trouble de la sensibilité et de la motilité, on a noté les convulsions, les rigidités, les contractures, les paralysies.

Les convulsions, manifestation possible, mais non pas nécessaire, de l'irritation cérébrale directe ou indirecte, se déclarent communément au début ou à la fin des phlegmasies encéphalo-méningées. Il est possible, néanmoins, de les voir se succéder pendant le cours entier de la maladie, dont la durée est alors moins longue, et le terme fréquemment marqué par un accès convulsif (obs. 1, 2, 5, 11, 17).

Il est aussi des convulsions qui ne se rattachent pas à des phlegmasies cérébrales, ou même à une irritation encore bien assise, mais à une simple congestion, ou qui sont également occasionées par une impression directe ou sympathique vive, instantanée ou progressive sur les centres nerveux, et qui dépendent de la perturbation fonctionnelle qui en résulte. Le

mobile est plutôt d'abord une impression qu'une irritation proprement dite. L'irritation est autrement, si l'on veut d'abord particulière, *nerveuse*, comme l'appelle M. le docteur Roche; mais, dans tous les cas, elle ne tarde pas à s'unir et à se lier à l'hypérémie (*ubi stimulus, ibi fluxus*). C'est une sorte d'exagération, d'exaltation fonctionnelle dans l'innervation, produisant elle-même un trouble, un dérangement analogue dans la contractilité musculaire (1).

En un mot, dans certains cas, l'irritation cérébrale semble se lier immédiatement avec la congestion, tandis que dans d'autres circonstances c'est la douleur, ce sont les impressions pénibles transmises vers le sensorium, qui sont suivies d'une excitation insolite et d'une réaction non moins vive, qui se manifeste par le désordre fonctionnel de tout le système de la vie de relation, dont l'exagération se traduit par des phénomènes convulsifs.

C'est dans les membranes du cerveau que Willis et Hoffmann plaçaient le point de départ des convulsions. Parmi les causes d'irritation sympathique du cerveau, les méningites ont été aussi, dans ces derniers temps, plus spécialement et plus nominativement désignées comme les plus puissantes. Les opinions, à cet égard, de MM. Lallemand, Parent, Martinet, Denis de Commercy, etc., ont déjà été citées.

(1) Il me semblait avoir lu maintes fois, dans les auteurs, que les fonctions du système nerveux, que l'innervation pouvait également éprouver des dérangements; qu'elle pouvait s'effectuer avec irrégularité, pécher par excès ou par défaut : aussi, quand je parlais de ce trouble fonctionnel (*Recherches sur l'hydrocéphale aiguë*, 1834), à propos des phénomènes convulsifs, je ne songeais nullement à admettre une idée qui me fût propre, et pas davantage à m'attribuer une théorie qui, selon M. Louis de la Berge (*Journal hebdomadaire*, 79e cahier, 1835, note sur certaines rétractions musculaires), appartient à M. Tonnellé. Ce dernier médecin, en effet, dans un mémoire sur *une nouvelle maladie convulsive chez les enfants*, inséré dans la *Gazette médicale* du 1er janvier 1832, base ses explications sur la possibilité de perturbation, d'anomalie dans l'influx nerveux. Je fais ces réflexions pour éviter toute réclamation au sujet d'une priorité à laquelle je déclare d'avance n'avoir aucune prétention.

C'est aussi l'inflammation des méninges que M. Brachet (*Mémoire sur les causes des convulsions chez les enfants*, 1824) considère comme la cause la plus fréquente des convulsions. Suivant ce médecin, la plus légère inflammation de l'arachnoïde est accompagnée d'agitation et de convulsions cloniques: les convulsions ont lieu du côté opposé à celui de la partie enflammée; et si l'arachnitis occupe les deux côtés, les convulsions sont universelles...

Il semble, en y réfléchissant, plus rationnel d'attribuer les phénomènes convulsifs aux phlegmasies des enveloppes du cerveau qu'à l'inflammation de l'encéphale lui-même; car, dans le premier cas, l'on conçoit que l'irritation transmise des membranes au cerveau puisse jeter le trouble dans les fonctions de ce viscère, tandis qu'il paraît vraisemblable aussi que le résultat d'un travail phlegmasique de la pulpe nerveuse dût être plutôt l'oblitération progressive, puis l'anéantissement de l'action cérébrale.

On a néanmoins des preuves anatomiques nombreuses d'inflammation du cerveau accompagnée de convulsions (1); et la science possède, en plus grand nombre encore, des cas de méningites avec absence de pareils phénomènes : nous en citons aussi quelques-uns (obs. 3, 6, 22). Ces faits même ne sembleraient pas être les plus rares, à moins que l'on ne veuille considérer comme phénomènes convulsifs certains symptômes spasmodiques, tels que les roulements des globes des yeux, les grincements de dents, les mâchonnements et quelques mouvements *grimaciers* des muscles de la face; symptômes, du reste, très-communs et très-persévérants. Il semblerait donc que l'influence transmise au cerveau par le proche voisinage de l'inflammation de ses enveloppes, serait assez fréquemment aussi de nature stupéfiante plutôt qu'elle ne se rapprocherait de l'excitation. Il semblerait encore que, dans l'état actuel de nos connaissances, il serait impossible de rien conclure sur le

(1) L'ouvrage de M. Bouillaud sur l'encéphalite en particulier abonde en observations analogues.

siége et l'étendue de l'irritation, d'après la manifestation ou l'absence des symptômes convulsifs (1) : de même qu'il n'existe

(1) Voir plus loin à l'article consacré aux névroses.

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Service de M. Petit (Gazette des hôpitaux, *du* 22 *juin* 1833.) *Observation recueillie et publiée par* M. Montault. *Entérite typhoïde, pneumonie, encéphalite, arachnitis, inflammation du sinus longitudinal supérieur et des veines de la convexité.*

Une jeune fille, âgée de vingt ans, domestique, entra à l'Hôtel-Dieu le 20 avril 1833, se disant malade depuis huit jours, à Paris depuis neuf mois ; elle présentait les symptômes d'une gastro-entérite et d'une bronchite légères réunies (fièvre catarrhale des auteurs) ; une diarrhée abondante, la rougeur et la sécheresse de la langue, des réponses brèves et tardives, de la morosité, vinrent bientôt changer cet état, qui, eu égard au séjour récent de la malade à Paris, fut regardé comme un commencement de fièvre typhoïde. Sangsues à plusieurs reprises à l'épigastre et derrière les oreilles ; tisane et lavements adoucissants ; diète sévère.

Le 2 mai. Langue moins rouge, peau sèche, diarrhée abondante ; menace de prostration. On ajoute un gros d'acétate d'ammoniaque liquide dans la tisane ; sangsues derrière les oreilles.

Le lendemain on observa le même état et en outre les symptômes d'une bronchite double et d'une pleuro-pneumonie à droite. Vingt sangsues sur ce côté.

Les jours suivants, morosité. Interrogée sur sa santé, la malade répond qu'elle se trouve bien ; indifférence complète sur tout ce qui peut fixer l'attention. Quelquefois la tête reste tournée à droite, tantôt à gauche, et les tentatives pour la redresser font éprouver beaucoup de douleurs ; douleur vive, qui est prise pour rhumatismale, fixée à l'épaule droite, où l'on applique un cataplasme synapisé.

Le 9 mai. Taciturnité et morosité plus grandes ; décubitus sur le côté gauche, le tronc recourbé en avant, les cuisses fléchies sur le ventre, tous les muscles étant dans un état de contraction tonique (emprostotonos). Si l'on veut faire asseoir la malade, tout le corps est raide et comme d'une seule pièce. On soupçonne une affection de la moelle et on applique un synapisme le long de la colonne vertébrale.

Le 10 mai. Sons plaintifs et continuels, absence de parole, convulsions dans tout le côté gauche du corps, surtout dans le bras, dont le pouce est rentré en dedans comme dans l'épilepsie, et qui est con-

d'ailleurs aucun symptôme, comme le dit le docteur Reynaud, qui, isolé ou même réuni à d'autres, puisse devenir un signe

tracturé dans sa totalité pendant la durée de ces spasmes, lesquels après cinq ou dix minutes, font place à la résolution des parties. On ne remarque point les mêmes symptômes dans le côté droit du corps. En pinçant fortement la peau, soit à droite, soit à gauche, on n'excite aucun mouvement, mais les plaintes de la malade semblent augmenter; tête tournée à gauche, pupilles très dilatées, yeux tournés en haut et à droite, immobiles. Dix sangsues sur le trajet des veines jugulaires, synapismes aux jambes.

Le 10 mai au soir. Etat comateux, pupilles toujours dilatées, plaintes continuelles, respiration difficile et fréquente, pouls très fréquent, non développé; toux, catarrhale; tête revenue à sa rectitude naturelle; paupière supérieure abaissée au-devant du globe de l'œil; membres du côté gauche à demi contracturés, non agités convulsivement. On soupçonne l'existence d'une encéphalite dans l'hémisphère droit du cerveau, vers les ganglions optiques et striés. Application de glace sur la tête.

Le 11 mai. Peau chaude, en moiteur; tête dans l'état de rectitude; pupilles moins dilatées que la veille; la malade essaie inutilement de tirer la langue lorsqu'on le lui demande; état comateux; convulsions seulement dans le bras gauche qui, à demi contracturé, tend à être rapproché du tronc par saccades convulsives: ces convulsions font ensuite place à la résolution. Dix sangsues de chaque côté du col, vésicatoires aux cuisses, glace sur la tête; pour tisane, hydromel avec addition de tamarin et d'un grain d'émétique. Le soir, état comateux, résolution et insensibilité générale; pouls très petit et très fréquent, respiration très accélérée et suspirieuse; mort dans le milieu de la nuit.

Examen du cadavre trente-trois heures après la mort.

Tête. Quelques traces récentes d'exsudation albumineuse dans la cavité de l'arachnoïde et à droite et à gauche du sinus longitudinal supérieur, qui adhère, ainsi que la faux du cerveau à la face interne des deux hémisphères, à l'aide de fausses membranes et par les veines qui s'y rendent de la pulpe nerveuse; ce sinus contient dans toute son étendue du sang coagulé, et au centre des caillots (de distance en distance, du pus jaunâtre et liquide); on trouve principalement le pus au niveau des points où viennent déboucher dans le sinus les veines qui rapportent le sang de la convexité de la face interne des hémisphères. Les veines sont dures, distendues par du sang coagulé et ressemblent à de petites cordes; les sinus latéraux

certain d'une lésion déterminée du cerveau et de ses membranes, et à l'aide duquel il fut possible de parvenir à la

contiennent aussi du sang coagulé. On voit à la convexité des hémisphères un pointillé rouge, couleur lie de vin dans quelques endroits, qui existe dans toute l'étendue de cette convexité, et en profondeur à un pouce environ de la superficie du cerveau, mais sans pénétrer jusques dans les ventricules, et diminuant d'autant plus qu'il pénètre plus profondément dans la substance médullaire: cette encéphalite était donc plus intense à la surface convexe des hémisphères, qui présentait en outre un léger ramollissement rouge dans plusieurs points, mais notamment dans l'étendue d'un demi-pouce cube environ à droite et à gauche de la grande scissure médiane, vers la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs. Les ventricules semblaient avoir une ampleur ordinaire. Les corps striés et les couches optiques à droite comme à gauche, étaient exempts d'altération. Il en était de même pour les autres parties de l'encéphale.

Abdomen. Estomac, rien de particulier: 3 ulcérations à un pied environ de la valvule de Bauhin; la muqueuse de l'iléon est d'ailleurs vers cette région rouge et ramollie; quelques ganglions mésentériques sont engorgés. Nulle autre lésion.

Thorax. Les poumons sont emphysémateux à leur partie antérieure: celui du côté droit présente en outre une hépatisation au deuxième degré dans son lobe inférieur.

Cette observation est suivie des réflexions suivantes:

Les altérations intestinales constatées à l'autopsie sont-elles suffisantes pour rendre raison de l'état typhoïde présenté d'abord par la malade? Je pense qu'on peut l'affirmer sans avoir besoin de recourir, comme on le pourrait faire, du reste, à la lésion du cerveau; on trouvera des observations semblables dans l'ouvrage de M. Louis, sur la fièvre typhoïde (t. 2, p. 332 et suiv., chap. 4.)

La pneumonie constatée à la partie inférieure du poumon droit avait été reconnue pendant la vie, et n'a rien offert de remarquable.

C'est une chose bien digne de remarque que la co-existance dans une même partie de l'encéphale (à la convexité) de cette arachnitis, de cette encéphalite, de cette phlébite et de cette inflammation des sinus, maladie sur laquelle M. Cruveilhier et M. Tonnelé ont jeté beaucoup de lumières il y a quelques années. Laquelle de ces trois lésions a été primitive, de l'arachnitis, de l'encéphalite, ou de la phlébite? Sans entrer dans un plus ample détail, nous dirons que la

connaissance de la nature et du siége de la lésion qu'on y rencontre après la mort (1). Ce qu'avait déjà exprimé ainsi Pinel : *Quelle confusion ne trouve-t-on pas dans les écrits de médecine, soit par l'indication de certains délires ou frénésies purement symptomatiques, soit par des lésions de l'entendement qui correspondent à certaines lésions simultanées de la dure-mère, de l'arachnoïde, de la pie-mère, de la substance du cerveau; soit enfin par la variété des symptômes qui accompagnent séparément*

phlébite semblera consécutive à l'encéphalite, si l'on reconnaît avec Broussais que « *l'inflammation altère toujours les fluides de* » *la partie enflammée* », d'où vient qu'il n'y a point eu de délire, mais seulement plaintes et abolition de la parole, sous l'influence de la désorganisation qui siégeait à la convexité des hémisphères et qui bien certainement avait commencé par la substance grise? N'est-ce point encore une remarque digne d'être notée que ces convulsions qui se sont manifestées dans le bras et la jambe gauche, tandis qu'il n'existait aucune trace d'altération, à droite, dans la couche optique et le corps strié; ganglions qui présideraient aux mouvements de ces parties, d'après MM. Serres, Foville et Pinel Grand-Champ.

(1) Plusieurs de nos observations, entre autres les 15, 16, et les 28 et 29e, semblent non seulement contredire ce qu'ont avancé MM. Pinel-Granchamp et Foville sur les rapports des couches optiques et des corps striés, avec la motilité et la sensibilité des membres thorachiques et pelviens; mais quelques uns des faits, bien, constatés que nous rapportons (obs. 6, 12) paraissent en opposition avec certaines données physiologiques et pathologiques sur la moelle épinière. Nous reviendrons sur ce sujet, à propos de la *Myélite.*

« Il est impossible (F. Lallemand, rech. anat. path. sur l'encéph., 8e lettre), d'après le nombre et la constance des faits, d'admettre que les fonctions des membres thoraciques et abdominaux, soient sous la dépendance exclusive de certaines portions distinctes du cerveau. Si, comme on ne peut en douter, chaque fonction intellectuelle ou morale a son siége dans une partie du cerveau, il faut bien admettre que chacune de ces parties a une influence directe et immédiate sur tous les organes du mouvement, car il n'est pas une seule de ces facultés qui ne soit susceptible de provoquer des mouvements prompts, énergiques et compliqués. —Ce qui prouve que la sensation et le mouvement siégent dans les mêmes parties, c'est que dans toutes les affections cérébrales ce sont les mêmes parties qui sont privées du mouvement et du sentiment.»

l'une et l'autre de ces lésions, comme délire, affection comateuse, mouvements convulsifs, hémiplégie, etc. (1)

S'il est, du reste, un âge où il existe une plus grande disposition aux convulsions, cet âge est, certes, l'enfance. A cette époque de la vie, en effet, les évolutions et maladies organiques ont, en général, un facile retentissement vers les centres de sensibilité, dont l'émotion et le trouble sont prompts à se manifester. Qui n'a été témoin de convulsions survenues pendant le travail de la dentition, de celles suscitées par une croissance trop rapide ou enfin occasionées par quelque commotion morale, quelque lésion d'organe, quelque désordre grave viscéral? La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants, n'ont pas manqué de signaler l'influence de l'organisme entier, et particulièrement celle des organes digestifs sur le cerveau.

TRENTIÈME OBSERVATION.

Dans le n° 72 de la Gazette des hôpitaux, *se trouve détaillée l'observations que je ne fais qu'indiquer.*

1° Coqueluche compliquée de pneumonie et de stomatite pseudo-membraneuse chez un garçon âgé de douze ans. Les deux derniers jours, symptômes convulsifs, et la mort survint au milieu d'un accès.

Nécropsie. — Noyaux d'hépatisation dans les deux poumons; excavation tuberculeuse; tubercules.

Crâne : Injection des vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveau; infiltration du tissu cellulaire sus-arachnoïdien; teinte opaline de l'arachnoïde, qui n'adhère en aucun point. Quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux.

TRENTE-UNIÈME OBSERVATION.

Hémorrhagie abdominale par déchirure du foie. — Symptômes cérébraux (2).

Le 22 août, un enfant d'environ douze ans fut renversé, rue St-Honoré, par une béarnaise, dont la roue lui passa sur le ventre, dans la di-

(1) *Nosographie philosophique.*

(2) Observation communiquée par M. le docteur Laurand, insérée dans la *Gazette des hôpitaux*, du 4 septembre 1832.

rection de la crête iliaque droite, à la base de la poitrine, du côté opposé; la peau du ventre ne présentait ni ecchymose, ni excoriations. L'enfant ne se plaignait d'aucune douleur; le ventre même n'était point sensible à la pression. Ni hémorragie extérieure, ni vomissements; sueur froide; pouls à peine sensible; réponses, mais état de stupeur; pas de signes d'épanchement dans la poitrine; respiration libre. Le malade, transporté chez lui, fut saigné; mais une syncope ne permit guère d'extraire plus d'une once de sang. Figure pâle, exprimant la stupeur; alternative de somnolence et d'agitation; extrémités inférieures froides; pouls toujours faible. Le petit malade semblait ne pas reconnaître sa famille qui l'entourait; à toutes les questions il répondait: *Laissez-moi tranquille.* Cet état étant attribué à une commotion du cerveau, douze sangsues furent appliquées aux apophyses mastoïdes; un cataplasme émollient placé sur le ventre: des sinapismes mis aux jambes.

Un mieux sensible suivit cette médication; l'enfant répondit plus directement aux questions; il assura de *nouveau* qu'il ne ressentait aucune douleur. Le pouls, cependant, ne s'était point relevé; la pâleur de la face et l'état d'hébétude persistaient. La nuit suivante, deux vomissements; le lendemain matin, pouls vif, fréquent, cent trente pulsations par minute; peau chaude; soif; langue sans rougeur notable; intelligence; rien du côté de la poitrine; pas la moindre oppression; ventre un peu ballonné, sensible à la pression. Vers le milieu de la journée, un vomissement, affaiblissement considérable de l'intelligence, plus de réponses, mouvements spasmodiques; somnolence et réveils en sursaut. Le soir, vers les dix heures, les symptômes d'*inflammation* cérébrale avaient pris beaucoup plus d'intensité; malgré l'idée que l'on avait qu'ils n'étaient que sympathiques, c'est principalement vers la tête que le traitement continua d'être dirigé. Bientôt il survint des convulsions, de la prostration, et, après une courte agonie, l'enfant succomba vers les quatre heures du matin.

Nécroscopie. Crâne : Les méninges, le cerveau et le cervelet à l'état normal; poumon droit gorgé de sang noir; une livre environ de sérosité sanguinolente épanchée dans la cavité pleurale du même côté.

Abdomen : Vaste épanchement de sang noir; déchirure considérable du foie vers sa face convexe près le ligament suspenseur; autre déchirure sur sa face inférieure, suivant le trajet du sillon de la veine ombilicale; rupture d'une des veines hépatiques à sa réunion avec la veine-porte. Rien dans les autres viscères abdominaux.

Ainsi les lésions graves du foie n'ont présenté que des signes obscurs, dominés par les symptômes cérébraux.

Ce n'est pas seulement à cet âge que les phlegmasies gastro-intestinales, et plus spécialement les entérites pustuleuses, suscitent des troubles nerveux. M. Louis (1) a également parlé de symptômes cérébraux qui se liaient, chez des adultes, à l'affection des voies digestives, et Broussais nous a entretenus depuis long-temps de la transmission sympathique au cerveau de l'irritation gastro-intestinale. Mais plus particulièrement chez les enfants, l'expression sympathique de souffrance des parties centrales de l'innervation affecte parfois une grande ressemblance avec les symptômes déterminés par une *méningo-encéphalite*.

Rien ne doit étonner dans cette ressemblance; car l'identité existe souvent ou est possible : il ne s'agit, en définitive, que de plus ou moins. L'observation 25 rapportée page 99, celle que l'on trouvera plus loin au chapitre de la *Pneumonie*, et l'observation 32, seraient de nouvelles preuves, qu'à la suite des maladies, dites avec symptômes cérébraux, se trouvent aussi des traces de congestion ou d'inflammation du cerveau ou de ses enveloppes.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Pneumonie double masquée par des symptômes cérébraux (2).

Louis Trouvé, âgé de deux ans, d'un tempérament lymphatique, d'un embonpoint considérable, avait toujours joui d'une bonne santé, et n'avait éprouvé d'autre indisposition qu'une toux légère qui revenait par intervalles. Le 10 mai dernier, sans cause connue, il fut pris de fièvre, d'inappétence, de vomissements et de dyspnée; sa toux s'exaspéra. Les vomissements cessèrent le lendemain; mais la fièvre et les autres symptômes persistèrent. Il s'y joignit, le quatrième et le cinquième jour de l'invasion, du délire et des grincements de dents pendant la nuit. Le sixième et le septième jour, le malade tomba dans la somnolence. Il fut visité par deux médecins qui le déclarèrent at-

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édition, Paris, 1841, tom. II, pag. 5.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1833.

teint d'une *fièvre cérébrale*, et qui, en conséquence, firent appliquer huit sangsues derrière les oreilles et six à l'anus. Un bain fut également ordonné.

Le 17 mai, jour de son entrée à l'hôpital, il nous offrit les symptômes suivants : Décubitus dorsal; face pâle, portant l'empreinte de la souffrance; somnolence; occlusion des paupières; pupilles dilatées; respiration anxieuse, accélérée, accompagnée d'un mouvement marqué des ailes du nez; toux fréquente, humide; expectoration nulle. La langue était couverte d'un enduit blanchâtre; le ventre était souple et indolent; il existait de la constipation depuis plusieurs jours; la soif était vive, l'anorexie complète; la peau était brûlante, sèche; le pouls était régulier, dur, et offrait une grande fréquence; il donnait cent quarante-quatre pulsations par minute. Nous comptâmes dans le même temps cinquante-six mouvements inspiratoires. La poitrine, percutée, rendit un son obscur dans toute la partie postérieure et inférieure. La matité était plus prononcée du côté droit, où l'auscultation faisait entendre un souffle tubaire très-marqué depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine. A gauche, râle muqueux se rapprochant du râle sous-crépitant à mesure qu'on descendait vers la partie inférieure du thorax; en avant, l'expansion pulmonaire était assez franche. (Deux ventouses scarifiées à la partie postérieure de la poitrine; cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures; lavement avec une once de miel de mercuriale, mauve, julep gommeux; diète.)

Le 18, le pouls est descendu à cent douze pulsations; la dyspnée est un peu moins intense; la toux conserve sa fréquence; la somnolence persiste. Le lavement n'a pas été rendu; pas d'évacuation alvine; le malade a uriné plusieurs fois. La sensibilité des membres est intacte; on n'a observé aucun mouvement convulsif. (Une nouvelle ventouse scarifiée sur le côté droit; lavement avec deux onces de miel de mercuriale; potion huileuse.)

Le soir, exacerbation de la fièvre; cent quarante-huit pulsations, soixante-douze inspirations.

Le 19, le lavement purgatif et la potion huileuse ont été pris en totalité et n'ont amené aucune évacuation. L'assoupissement persiste; les paupières sont toujours closes. Le décubitus a lieu sur le dos et l'enfant crie beaucoup lorsqu'on le change de position. Le pouls bat cent trente-six fois par minute; la dyspnée persiste; le ventre est douloureux à la pression; la soif est toujours vive. Il n'existe aucune gêne de la déglutition. La langue est saburrale comme les jours précédents; souffle tubaire à droite, en arrière et latéralement; râle crépitant à gauche, au niveau du lobe inférieur. (Quatre grains de calomel; lavement avec un gros de séné et deux onces de miel de mercuriale.)

Dans l'après-midi, le malade reconnaît ses parents, qui viennent le visiter.

Le 20, trois évacuations alvines ; même fréquence du pouls que la veille ; dyspnée intense ; soixante-quatre inspirations par minute ; peau sèche, brûlante. On prescrit un bain tiède dans l'intention de réveiller les fonctions de la peau, et on applique deux nouvelles ventouses scarifiées, l'une à gauche, l'autre à droite, postérieurement.

Le soir, nouvelle exaspération ; cent cinquante pulsations, quatre-vingt-six inspirations.

Le 21, toux fréquente, saccadée, revenant par petites quintes qui sont en quelque sorte étouffées ; l'oppression est considérable ; respiration abdominale, très-accélérée ; quarante-huit inspirations. (Deux vésicatoires aux extrémités inférieures.)

Le soir, à cinq heures, soixante-quatorze inspirations, cent quarante-quatre pulsations ; respiration trachéale ; œil fixe et terne ; mouvements carphologiques des bras ; contracture légère des membres inférieurs. Mort dans la nuit.

Nécropsie. Appareil cérébro-spinal. Caillot fibrineux dans le sinus longitudinal supérieur ; *injection des vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveau.* La cavité de l'arachnoïde contient environ trois cuillerées de sérosité limpide. Cette membrane conserve sa transparence et sa consistance normales ; elle se détache partout des circonvolutions. La substance corticale est pâle ; *la substance blanche est assez piquetée.* Les ventricules et les parties centrales ne présentent aucune altération. Il n'existe ni ramollissement, ni induration de la pulpe cérébrale. La moelle épinière et ses enveloppes sont exemptes d'altération.

Appareil respiratoire. Un mucus puriforme existe à l'intérieur du larynx, de la trachée et des bronches, dont la muqueuse offre une teinte rosée. Les ganglions bronchiques contiennent de nombreux tubercules. Les deux poumons sont libres, ils ne présentent aucune adhérence, soit ancienne, soit récente. Les cavités pleurales ne contiennent pas de liquide épanché. Dans les deux lobes supérieurs du poumon droit existent plusieurs noyaux de tissu hépatisé du volume d'une noix ou d'une aveline. Le lobe inférieur est entièrement imperméable à l'air ; il présente des traces d'hépatisation rouge et grise. Le lobe inférieur gauche est hépatisé en rouge dans ses trois quarts postérieurs. Le lobe supérieur est sain. Il existe un seul tubercule dans le poumon droit.

Appareil digestif. La muqueuse gastrique offre, vers le grand cul-de-sac, une rougeur assez vive dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. Le reste de cette membrane est pâle, et ne présente pas de ramollissement. Le canal intestinal n'offre pas d'altération appréciable.

Les plaques de Peyer sont apparentes, mais elles ne sont pas injectées. Les ganglions mésentériques ne sont pas altérés. Les autres viscères contenus dans la cavité abdominale sont à l'état sain.

M. Ch. Baron (1) en traitant de la fréquence des symptômes cérébraux dans la pleurésie, chez les enfants, s'exprime ainsi : « C'est surtout chez les jeunes enfants que cette complication s'observe (les convulsions), je l'ai rencontrée dans quelques cas ; parfois j'ai observé aussi d'autres symptômes cérébraux, tels que la céphalalgie, le délire, l'assoupissement, le coma, la dilatation des pupilles, le strabisme, la contracture et la raideur des membres (j'ai reconnu, ajoute-t-il en note, trente-deux fois des accidents cérébraux chez les pleurétiques). Dans tous les cas (excepté un) ou la mort survint, ces symptomes furent *expliqués* à l'autopsie, par une méningite aiguë ou chronique, une encéphalite, une congestion cérébrale ou méningée. »

Directe ou sympathique, l'irritation cérébrale n'en existe pas moins : sa transmission indirecte s'opère très facilement et très-activement chez les enfants. Nous parlerons maintes fois, dans le courant de cet ouvrage, du facile et fréquent retentissement qu'ont vers la tête la plupart des maladies de l'enfance. Les fièvres éruptives, les affections des voies aériennes et celles des organes digestifs, déterminent trop souvent en effet une réaction morbide sérieuse de la part des centres nerveux. Sur cinquante-sept observations de phlegmasies gastro-intestinales, nous avons observé, dans dix-sept cas, des symptômes cérébraux. Cette influence fâcheuse des organes digestifs souffrants, sur l'encéphale, et dont Broussais a peut-être exagéré le degré et la fréquence chez l'adulte, semble s'exercer, du moins comparativement, plus souvent pendant la période du jeune âge. Cette influence spéciale a même servi de titre et de texte à l'ouvrage de M. le docteur Sablairoles (2).

(1) *De la pleurésie dans l'enfance*, Thèse de Paris, 1841, p. 117.

(2) *Recherches relatives à la prédominance et à l'influence des organes digestifs des enfans sur le cerveau*, Montpellier, 1827, in-8.

Ainsi, les complications cérébrales, l'union de la plupart des maladies avec des symptômes de congestion, d'irritation ou d'inflammation encéphalo-méningée, dans quelque ordre que se soit opérée cette réunion, est particulièrement commune dans l'enfance.

M. Bricheteau cite, au nombre des maladies qui peuvent simuler la fièvre cérébrale, certaines éruptions cutanées à leur début, les accidents de la dentition, les vers, quelques inflammations du tube digestif et du foie, les fièvres intermittentes ou rémittentes pernicieuses, etc. Dans toutes ces circonstances, peuvent, en effet, se manifester des symptômes de participation du côté de la tête, des symptômes cérébraux plus ou moins nombreux et plus ou moins prononcés.

Quelques-unes de nos observations témoignent aussi de la ressemblance séméiotique qui, parfois, et chez les enfants, se rencontre entre les dothinentéries et les méningo-encéphalites (1). Touefois, à ce dernier égard, il n'en serait pas aussi souvent de même chez les très-jeunes enfants; car Billard, sur vingt cas d'inflammation de l'appareil folliculeux des intestins, chez des sujets de quelques jours à deux mois, n'observa que les symptômes de l'entérite, et cependant les lésions anatomiques étaient les mêmes.

Dans les entérites et autres affections avec symptômes cérébraux, en un mot dans les irritations ou phlegmasies méningo-encéphaliques intercurrentes, à peine trouve-t-on souvent à l'autopsie, quelques traces d'injection du coté du cerveau et des membranes, et pourtant de cette absence de preuves bien saillantes, on ne peut conclure que le trouble direct ou sympathique de ce viscère, manifesté au dehors par des symptomes graves, prolongés et sans cesse croissant en gravité, n'avait pas pour mobile un état intime de sur-excitation, d'irritation et même de phlegmasie, qui, parfois, bien que réel, mais siégeant dans un organe doué d'une délicatesse et d'une sensibilité exquises, doit être le plus souvent mortel, avant de revêtir la

(1) Voir plus loin le chapitre de la fièvre typhoïde,

forme et d'acquérir l'intensité de l'inflammation phlegmoneuse.

D'ailleurs, on ne découvre pas quelquefois de lésions plus profondes dans la tête, même après des méningites et des encéphalites simples, bien dessinées, bien caractérisées. C'est le cas de répéter, avec M. le docteur Denis de Commercy, que, puisqu'une encéphalite est le plus souvent mortelle avant que la suppuration ne s'établisse, on ne doit pas s'étonner de ne rencontrer, pour traces les plus fréquentes de cette affection, que de simples injections. Nous ajouterons que, vu l'imperfection de nos sens, il est plus que probable que toutes les maladies ne se circonscrivent pas dans ce qu'elles ont de très-appréciable après la mort (1).

La congestion cérébrale peut simuler plusieurs affections des centres nerveux, entre autre l'hémorrhagie des méninges ; cependant, les contractions et les mouvements convulsifs qui se manifestent le plus souvent dans le premier cas sont presque étrangerrs dans le second. Mais quand la congestion produit le coma, il est à peu près impossible de savoir si l'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces affections, d'autant plus que l'afflux du sang est une condition de son exhalation. Primitivement établie ou appelée par l'excitation insolite du centre de la vitalité; l'hypérémie cérébrale, d'une part, opprime la substance nerveuse, et d'autre part, par la propriété excitante de l'afflux du sang, sur-excite encore cet organe, et peut donner naissance à des accidents rapidement mortels. La congestion et l'irritation tendent incessamment et réciproquement à s'unir; le moment, l'existence même de leur réunion, n'est pas toujours facile à préciser. Les troubles, les phénomènes morbides, résultant d'une simple congestion, peuvent aussi se renouveler à plu-

(1) L'inflammation ne cause pas toujours les altérations pathologiques qui la caractérisent dès le premier instant de son développement; nous pouvons observer tous les jours des méningites et des encéphalites caractérisées, durant la vie, par les symptômes les mieux tranchés, et n'offrir aucune lésion appréciable à l'ouverture des cadavres. (Bilard, *loc. cit.*, pag. 676.)

sieurs reprises et pendant plusieurs jours, sans même que l'intermission soit exempte de quelques symptômes réactionnels. Néanmoins, la durée et la persistance des accidents confirment l'arrivée et l'établissement de l'irritation et de la phlogose. Du reste, les symptômes attribués à la congestion cérébrale, présentent des formes si diverses, si nombreuses, que M. Andral en a distingué huit espèces différentes.

En résumé : Injections à divers degrés, turgescence, infiltrations, épanchement, exsudations, suppuration, ramollissement : tels sont nominativement les vestiges que découvre l'anatomie pathologique (1), et auxquels il est permis de rattacher les symptômes recueillis pendant la vie, sans qu'il soit absolument possible de couclure, et réciproquement, de la présence des uns à la manifestation des autres, et de la gravité de ceux-ci à l'intensité de ceux-là. Cependant, une exception, et tout à la fois une particularité que nous signalerons et que nous proposerons d'admettre en principe, jusqu'à ce que d'autres faits contradictoires soient opposés, c'est que toujours les symptômes de paralysie de la sensibilité et du mouvement

(1) Billard (*loc. cit.*) croit devoir attribuer à l'inflammation la sorte de turgescence que présente le cerveau, dont la substance est dure, quelquefois d'un gris cendré et toujours très-injectée. Le cerveau, dans ce cas, semble être comme étroitement emprisonné dans ses membranes. Il s'en échappe avec promptitude lorsqu'on les incise. Cet état doit provenir, d'une part, de l'épanchement séreux dans les cavités ventriculaires, de l'autre, d'une véritable turgescence inflammatoire que Laennec, MM. Jadelot, Gœlis, Guersant ont déjà signalée, et qu'ils disent avoir rencontrée surtout dans les cas d'hydrocéphalie. L'endurcissement de la substance cérébrale s'observe souvent sans qu'il ait été possible d'en observer quelques symptômes pendant la vie. Deux fois seulement quelques mouvements convulsifs de la face ont été vus par Billard, chez deux enfants dont le cerveau présenta une rougeur sablée, très intense, avec une consistance ferme de son tissu. M. Bouillaud (*Archiv. de méd.*, cahier de mars 1828), a cité un cas à peu près analogue ; il a trouvé sur un enfant de cinq semaines mort après avoir offert une contracture des membres et un redressement spasmodique du cou, une congestion sanguine de l'encéphale dont la substance était également ferme.

des membres, avec abolition plus ou moins complète des facultés intellectuelles et sensoriales, coïncident avec des ramollissements de la substance cérébrale, et que l'on peut, à cet égard, se prononcer durant l'existence des malades; tandis que de telles altérations organiques peuvent se rencontrer sur le cadavre, sans que de pareils phénomènes aient été entrevus pendant la vie.

L'exaltation partielle de la sensibilité du tronc et des membres, et plus particulièrement de ceux-ci, les spasmes, les paralysie, les contractures, les régidités, avec conservation de l'intellect et des fonctions sensoriales, peuvent seulement résulter, ainsi que nous l'avons vu, de phlegmasies encéphalo-méningiennes, mais dépendent le plus souvent de myélites, qui néanmoins parfois ne donnent lieu à aucun symptôme spécial (obs. 9 et 12).

Quelquefois les résultats cadavériques sont à peine appréciables, bien que, pendant la vie, l'expression symptômatique de la maladie ait été on ne peut plus saillante. Beaucoup plus rarement des altérations graves, palpables ne sont exprimées que par des symptômes légers et fugaces : jamais l'absence de tout signe n'est complète; toujours quelques phénomènes trahissent des lésions profondes que la durée seule de la maladie peut contribuer à faire prévoir.

C'est le lieu de rappeler les conclusions placées au commencement de ce chapitre.

Les complications sont généralement très-fréquentes dans toutes les maladies chez les enfants; les irritations et phlegmasies méningo-cérébrales sont sujettes à intervenir pendant le cours d'autres maladies ou à se voir compliquer par d'autres affections intercurrentes ou subintrantes. On sait combien la manifestation des symptômes cérébraux est fréquente dans presque toutes les maladies aiguës graves, intenses, dans tous les désordres de l'économie. Il est donc permis d'établir que sous le rapport de la fréquence plus grande de l'intervention, les affections de la tête tiennent le premier rang. Si les phlegmasies des voies digestives paraissent se rencontrer non moins

souvent à la suite de celles-ci, qu'elles n'ont été précédées par elles, cela tient au mode de traitement le plus souvent en usage dans les phlegmasies encéphalo-méningées, et qui consiste à stimuler sans cesse plus ou moins la surface gastro-intestinale, prise comme point de mire de révulsion (1). Les résultats de cette stimulation apparaissent fréquemment à l'autopsie sous toutes les formes connues, et quand en effet il s'en suit une altération quelconque des follicules mucipares, ils prêtent une apparence de raison aux partisans exclusifs de l'existence de la fièvre typhoïde.

Les causes des hypérémies, irritations et phlegmasies encéphalo-méningées sont variées, plus ou moins précises ou difficiles à apprécier. Comme causes prédisposantes, on cite l'âge de quatre a six ans, le tempérament sanguin à l'égard des jeunes enfants, la précocité des facultés intellectuelles pour ceux plus avancés, l'hérédité même semblerait avoir un rôle; c'est l'opinion de quelques auteurs. Underwood a vu mourir d'hydrocéphale aiguë, successivement, six frères dans le courant de leur troisième année. Cheyne cite la perte analogue de quatre enfants dans une famille, de onze dans une autre. Ces prédispositions admises, toutes sortes de causes (souvent néanmoins efficientes par elles-mêmes), peuvent les mettre en jeu, communiquer l'étincelle. Telles seraient l'insolation, l'action du froid, la répercussion ou plutot la disparition trop brusque d'affections exenthémateuses de la peau ou du cuir chevelu; les coups, les chutes sur la tête (comme nous en citons un exemple, obs. 8), le travail de la dentition, l'étude trop assidue, etc., etc.

Boerhaave avait dit que les symptômes nerveux compliquaient plus fréquemment les maladies des garçons que celles des filles. M. Baron (2) a vérifié cette assertion relativement à la pleurésie, et a trouvé ces symptômes chez un nombre beaucoup plus grand de garçons que de filles.

(1) Ce qui doit surtout avoir lieu quand on emploie le tartre stibié. Voir l'observation 12.

(2) *Ch. Baron*, Thèse. — Paris 1841.

M. Lallemand (1) a remarqué que les lésions cérébrales sont deux ou trois fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, ce qui s'expliquerait par l'usage, comparativement plus grand, que l'homme, dans l'état social, fait de son intelligence.

Fothergill et Vieusseux assignent environ quatorze jours à la durée de l'hydrocéphale aiguë. Whytt lui donne quarante-cinq jours, six semaines, et quelquefois davantage. Le docteur Coindet parle de huit à neuf jours, tout en fixant à trois semaines le terme le plus ordinaire de l'*hydrocéphalie*. Les accidents qui se lient à l'hypérémie cérébrale peuvent se prolonger pendant plusieurs jours, n'être que passagers ou n'avoir lieu qu'instantanément. L'encéphalite, la méningite, la méningo-encéphalite durent en général de huit, quinze ou ving jours. Les plus légères comme les plus intenses se terminent communément le plus vite.

La gravité des affections encéphalo-méningées chez les enfants, est généralement très-grande; peu de médecins perdent moins du tiers ou du quart de leurs malades, pour peu que la phlogose soit réelle et intense. Du reste, le pronostic doit varier suivant la nature, le siége, l'intensité et les différents degrés de l'affection. La congestion elle-même peut entraîner les plus grands dangers.

La nécessité de l'épanchement ventriculaire, à laquelle croyaient quelques auteurs, dans les affections diverses confondues sous le nom d'hydrocéphale aiguë, puis comme conséquence la macération, le ramollissement de la substance cérébrale ambiante, l'enchaînement presque fatal de tous ces résultats, leur faisaient porter, en telle occurrence, le plus sinistre pronostic. Dans un article intitulé : *De la fréquence de l'hydropisie des ventricules cérébraux chez les enfants*, inséré dans la *Gazette médicale de Berlin*, septembre 1834, par M. le docteur Nasse, il est dit que d'après un relevé fait par le docteur Alison, sur 201 enfants morts à Édimbourg, avant l'âge de

(1) *Rech. anat. patho. sur l'encéph.* — huitième lettre.

quinze ans, il fut trouvé 40 hydrocéphales, 1 sur 5; à Londres on a compté 8 hydrocéphales sur 43 morts. A Vienne, en 1826, sur 56 enfants morts dans le deuxième hôpital des enfants malades, 9 ont succombé à l'hydrocéphale aiguë. Coindet prétend qu'en France le nombre des enfants qui succombent à l'hydrocéphale est de 20 à 24,000 par année : le même médecin a établi qu'à Genève, sur une population de 22,000 âmes, il était mort, en dix ans, 233 enfants hydrocéphaliques, à peu près 23 par an. Enfin, à Berlin, il est mort, en 1833, 7,948 personnes, dont 4,009 enfants, et parmi ces derniers 12 affectés d'hydrocéphale. Whytt et Fothergill regardaient l'hydrocéphale aiguë comme une affection incurable. Le docteur Odier prétend qu'on ne guérit que 2 ou 3 malades sur 100. Mais il faut encore se rappeler que des affections différentes ont été rangées sous une même dénomination, et que parmi celles-ci les cas les plus graves ont surtout été désignés comme appartenant à l'hydrocéphale aiguë.

Quoiqu'il faille généralement, il est vrai, attribuer une gravité très-grande à toutes ces maladies, des idées aussi désespérées de guérison que les précédentes, doivent paraître d'autant plus exagérées, qu'elles avaient pour fondement la production presque constante d'une lésion irrémédiable, le ramollissement cérébral, dont la constance, au contraire, n'est rien moins qu'aussi absolue, et dont la guérison même ne paraîtrait pas au-delà des ressources de la nature. Déjà MM. Lallemand et Bouillaud ne partagent pas l'opinion de M. Rostan, qui regarde aussi la mort comme la terminaison nécessaire du ramolissement cérébral; et dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de juillet 1838, M. Dechambre rapporte des faits de paralysies graduelles des membres suivies de recouvrement plus ou moins parfait de la sensibilité et de la motilité; faits rendus bien plus concluants encore par l'autopsie cadavérique qui a fait voir la trace évidente de cicatrices dans la substance cérébrale. M. Cruveilhier (1) avait aussi publié

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, t. 1, VI[e] et XX[e] livraison, in-fol,, fig, col.

trois cas heureux dans le sens des conclusions de MM. Bouillaud et Lallemand.

L'effrayante proportion dans le chiffre de la mortalité, dont nous avons parlé, surprend moins mise en regard des idées théoriques et des conséquences thérapeutiques simultanément en vogue à une époque où l'on était peu ou mal fixé sur les caractères différents et la nature de ces redoutables maladies.

Fothergill, quoique considérant l'*hydrocéphale aiguë* comme au-dessus des ressources de l'art, l'attribue à des vers, et propose de la traiter comme une affection vermineuse. On trouve, dans l'ancienne édition d'Underwood, que les médecins *expérimentés* ont recommandé dans cette maladie les sternutatoires, tels que le cabaret en poudre, l'ellébore blanc. Le docteur Dobson de Liverpool (*Journal des médecins écossais*, 1775) conseille l'emploi du mercure jusqu'à la salivation.

L'efficacité des préparations mercurielles dans l'hydrocéphale a été vantée par Carmichaël, Smith, John Hunter, Haygarth, Moseley et Amstrong.

Paterson, pensant que l'hydrocéphale commence toujours par une phlegmasie, n'hésite pas à la traiter par les antiphlogistiques.

Percival propose de remplir les indications curatives suivantes : 1° calmer la douleur et les spasmes; 2° favoriser la résorption du liquide épanché; 3° augmenter les excrétions séreuses; et il opère toutes ces merveilles au moyen de vésicatoires sur la tête (1), de prescriptions d'opium, de musc, de

(1) La calotte vésicante a été fréquemment employée, et avec alternative de réussite et d'insuccès. C'est à la suite de nombreuses évacuations sanguines que l'on peut tenter ce moyen énergique, et c'est presque généralement en désespoir de cause qu'il est essayé. La *Gazette des hôpitaux* du 4 janvier 1834 (extrait de la séance publique de la Société de médecine de Toulouse) publie une pareille observation de guérison, dans un cas presque désespéré, et par suite de l'emploi d'un tel remède.

M. Baron pense que le vésicatoire sur la tête est toujours appliqué trop tard, et qu'il réussit mieux et souvent quand on l'emploie immédiatement après les émissions sanguines.

digitale et de calomel. Le docteur Odier, prenant aussi l'effet pour la cause, rapportant tout à l'épanchement, conseille les diurétiques et les toniques.

Le traitement indiqué par Rusch est très-rationnel; il forme la base des méthodes curatives les plus généralement suivies encore aujourd'hui. Ce médecin avait d'abord recours aux évacuations sanguines, qu'il faisait suivre de l'emploi des purgatifs; puis il conseillait les vésicatoires à la nuque, aux tempes, les applications froides sur la tête..., et, dans la dernière période seulement, il prescrivait les toniques.

Suivant le docteur Coindet, on doit traiter la première période de l'hydrencéphale comme étant compliquée d'inflammation ou d'irritation, et la deuxième comme s'il y avait un état de faiblesse ou d'atonie. On remplit les indications de la première période, en cherchant à faire cesser toutes les causes d'irritation qui agissent sur le cerveau, soit directement, soit indirectement, soit par sympathie : on emploie dans ce but les évacuations sanguines générales et locales, les vésicatoires, les bains tièdes, l'émétique, les purgatifs, les sels neutres et, dans quelques cas particuliers, l'opium (1). On remplit l'indication de la deuxième période en donnant des toniques, dans le but de soutenir les forces et de diminuer les symtômes, suites de la faiblesses et de l'épanchement : les médicaments qu'il conseille alors sont les fleurs de zinc, le musc, l'éther, l'opium, l'ammoniaque, le quinquina, le vin, etc.

Les autres méthodes de traitement proposées se confondent avec celles qui viennent d'être exposées, et la préférence accordée à tel choix, à telle classe de médicaments, varie selon la différence des principes et des manières de voir, et suivant les idées particulières sur l'action de ceux-ci.

Afin donc d'éviter les redites, nous ne nous arrêterons plus qu'aux modifications thérapeutiques de quelque importance.

Dans les préceptes donnés par M. Guersant, il est insisté sur l'emploi énergique et prolongé des évacuations sanguines :

(1) L'opium convient particulièrement peu en ces circonstances par le fait de son action congestive sur le cerveau.

l'ouverture des saphènes est particulièrement recommandée au début de la maladie et les affusions froides sur la tête sont conseillées plus tard.

Les ventouses scarifiées à la nuque, les scarifications de la membrane pituitaire, les sangsues appliquées en petit nombre et fréquemment remplacées, de façon à produire une perte lente et continue de sang; l'émétique en lavage ou à dose rasorienne; les sinapismes, les vésicatoires, les emplâtres irritants appliqués ou promenés loin ou à proximité du siége de la phlegmasie, etc. etc., constituent, d'ailleurs, une série de moyens employés d'une manière plus ou moins spéciale ou méthodique. Sans entrer, pour tous, dans les vues particulières qui ont présidé à leur choix, à leurs prescriptions, examinons quelques-uns de ces principaux agents thérapeutiques.

Les évacuations sanguines conviennent nécessairement au début de la maladie : nul désaccord sur ce point ; mais relativement aux saignées locales ou générales, et quoique ces dernières aient été conseillées avec assez d'insistance, même chez les très-jeunes enfants, c'est aux saignées locales que nous accorderons le plus souvent la préférence. Nous aurons d'ailleurs occasion de revenir sur ce point de pratique, sur les difficultés qui naissent du défaut de développement des veines du bras chez les enfants : contentons-nous d'insister ici sur la circonspection que commande la crainte de la prostration, souvent sans appel, où à cet âge plonge fréquemment l'emploi peu réfléchi de la saignée générale. Ce qui milite en faveur des évacuations sanguines locales, c'est que, tout en agissant plus directement, elles ménagent aussi davantage les forces; c'est que rien n'empêche de prescrire des sangsues ou des scarifications loin ou près du siége du mal, de les employer avec réserve ou avec énergie; c'est que l'on peut tout à la fois, ou alternativement, opérer, par leur moyen, un dégorgement local, une déplétion générale, une dérivation, et même obtenir un effet révulsif.

Après avoir combattu l'hypérémie générale et locale, affaibli, modifié ainsi les états sthéniques, c'est aux révulsifs, aux

répercussifs que l'on a recours, à leur emploi combiné avec celui d'autres évacuations de sang et celui des antispasmodiques : le tout suivant les circonstances. La révulsion est tentée du côté des organes digestifs par les purgatifs, les émétiques, ou éméto-cathartiques; ou est sollicitée, vers l'extérieur, au moyen d'irritants et de vésicants appliqués sur la surface dermoïde, loin ou à proximité de la tête. Des sangsues placées aux malléoles, des pédiluves, des cataplasmes chauds enveloppant les jambes, ont pour résultat de produire une dérivation vers les extrémités inférieures; dérivation que l'on provoque vers la périphérie en plongeant les malades dans des bains chauds, tandis qu'on leur entoure la tête d'applications froides, que l'on essaie de ce côté une véritable répercussion. Telle est celle qui est tentée, peut-être trop généralement, au moyen de la glace; trop généralement, car il faut qu'elle le soit avec opportunité et conduite avec intelligence. Les applications froides (1) doivent d'ailleurs être assez judicieusement renouvelées et maintenues pour que la réaction ne soit pas à craindre. Combinées avec les bains, on les a opposées, parfois avec succès, aux convulsions.

Le calomel, employé jadis dans des vues systématiques, est encore prescrit presqu'immanquablement aujourd'hui et d'une manière banale. Peu de médecins éclairés ne croiraient même pouvoir se dispenser de son emploi, par la continuation d'une sorte de prestige qui a survécu à la vogue de ce remède. De nos jours, cependant, on ne reconnaît guère, dans son mode d'agir, qu'un effet révulsif sur la muqueuse intestinale, sans trop s'inquiéter de son action sur la membrane buccale et les glandes salivaires : particularité qui, vu le danger de congestions et d'irritations trop voisines du siége principal de la

(1) On a aussi conseillé, comme manière d'imprimer à ces moyens une grande et persévérante puissance d'action, de suspendre au dessus du malade une petite fontaine à robinet terminé en arrosoir, afin de pouvoir, de la sorte, épancher sur sa tête, même pendant plusieurs jours s'il le fallait, et sans interruption, une pluie continuelle d'eau fraîche.

maladie, devrait peut-être déterminer à donner la préférence à d'autres purgatifs. L'influence de ce remède sur l'activité des vaisseaux absorbants est peut-être davantage encore mise en doute : mais, suivant les idées de l'école italienne, on compterait un peu plus sur l'effet hyposthénique des préparations mercurielles en général.

Les frictions avec l'onguent napolitain, que l'on sait avoir été employées avec succès dans les péritonites puerpérales, et même dans les érysipèles de la face, etc., sont des moyens dont on a cherché à expliquer diversement l'action antiphlogistique, en disant qu'ils diminuaient la plasticité du sang, qu'ils favorisaient ou sollicitaient la résorption de l'engorgement sanguin, qu'ils modifiaient localement aussi les propriétés vitales, etc., etc. M. Baron assure que les frictions mercurielles, pratiquées sur le crâne pendant le cours de la maladie en question, lui ont valu de grands succès dans des cas graves et dans des circonstances même où les autres moyens avaient échoué. Néanmoins ce moyen nous a peu réussi et dans une circonstance même où nous avions fait intervenir ce médecin.

Dans quel but administrer les émétiques aux malades atteints d'inflammation du cerveau ou de ses enveloppes ? Est-ce d'après la remarque des vomissements sympathiques dont ils sont parfois tourmentés, et suivant la foi qui fait sacrifier aux absurdités de la doctrine homœopathique ? ou plutôt le tartre stibié est-il recommandé par quelque croyant contro-stimuliste, et selon les vues de Rasori ? Quoi qu'il en soit, l'émétique ingéré dans l'estomac, à fortes ou petites doses, agit sur le ventricule et les autres portions des organes digestifs, en opérant une diversion plus ou moins étendue (1), en provoquant ou exaltant l'action de vomir, et pour cette faculté seule semblerait devoir jouir de peu de faveur, comme tendant à favoriser ou à accroître la congestion cérébrale, déjà trop sollicitée par le stimulus inflammatoire.

(1) Quelquefois trop grave ainsi que tendrait à le prouver l'observation douzième, etc.

Les phénomènes spasmodiques sont moins graves que le calme extérieur du carus, bien qu'ils effraient davantage. Les remèdes opposés à la maladie elle-même sont aussi ceux qui conviennent rationnellement le mieux pour prévenir et combattre les accidents qui s'y rapportent. Néanmoins, comme ces troubles de l'innervation jettent l'effroi parmi les assistants, qu'ils ne sont pas exempts de conséquences fâcheuses, n'admettrait-on, pendant leur manifestation, qu'un nouvel afflux de sang vers la tête, accusé par la turgescence de la face; que, d'ailleurs, on a vu la mort venir brusquement mettre fin à ces scènes d'agitation (1)....., il est presque généralement convenu de faire, en telle occurrence, la médecine des symptômes. On a donc recours aux antispasmodiques, au castoréum, au camphre, à l'oxyde de zinc..., etc. Mais la prescription ne peut guère en être faite, avec quelque sécurité, que lorsqu'elle a été devancée par de suffisantes pertes de sang; car, quoique les stimulants diffusibles apaisent parfois, sans autre inconvénient, les symptômes convulsifs, ils ne semblent y parvenir, en d'autres circonstances, que par l'accroissement de l'hypérémie cérébrale, qu'en faisant succéder aux précédents orages le calme trompeur de la résolution paralytique. Il est loin, d'ailleurs, d'être toujours possible d'ingérer des médicaments pendant la tourmente des convulsions; ce n'est guère que dans l'intervalle des accès et dans la prévision d'autres que ce genre de médication peut être utile et praticable : on l'adjoint, du reste, aux moyens suivants, plus convenables généralement, et qui consistent dans l'emploi, séparé ou réuni, successif et combiné,

(1) La mort peut survenir pendant les convulsions par la cessation de l'action cérébrale, que peuvent occasioner la congestion et la compression du cerveau; insuffisance ou paralysie d'action qui peut résulter aussi de l'épuisement, en quelque sorte, de la puissance nerveuse, de l'influx nerveux, qui a succédé à son exaltation, à sa sur-excitation accidentelles. Le trouble ou la cessation de l'innervation peut encore n'atteindre que l'appareil de la respiration, et la mort arriver alors par l'effet d'une véritable asphyxie. Voir à l'appendice l'article sur la *mort subite*.

des affusions froides, des bains, des demi-bains, des pédiluves et des saignées locales.

Les applications de sangsues à l'anus, jointes aux lavements irritants, à l'administration de purgatifs, à des cataplasmes de farine de lin et de moutarde promenés sur les extrémités inférieures, à des pédiluves synapisés, tandis que des applications froides de compresses imbibées d'oxicrat sont méthodiquement faites sur le front ou sur toute la surface du crâne...., sont particulièrement les moyens qu'il convient d'employer avec un peu de persévérance, quand parmi les principaux symptômes dépendant de l'hypérémie ou de l'irritation cérébrale, se remarquent surtout la céphalalgie, et la somnolence. Mais certaines modifications dans l'emploi de ces moyens curatifs semblent nécessaires quand il y a de l'agitation, quand les phénomènes convulsifs se déclarent ou prédominent : alors en effet les applications de sangsues doivent plutôt être faites derrière les oreilles, et c'est le cas aussi de prescrire les bains tempérés avec applications ou affusions froides, sans négliger aucune des autres prescriptions, ni même l'essai fait avec discernement et prudence de quelques substances calmantes et antispasmodiques (1).

§ II. — DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

De nombreuses altérations anatomiques ont été signalées à la suite de l'affection connue sous les noms d'hydrocéphale aiguë, de fièvre cérébrale, de méningite ou méningo-encéphalite des enfants. Ainsi, nous avons cité l'injection, soit des membranes, soit de la substance cérébrale; les épanchements dans les sinus du cerveau, l'inflammation des parois ventriculaires et de la membrane qui les tapisse, les exsudations plastiques, les infiltrations cérébrales ou méningiennes de la convexité, de la base ou des parties centrales, les ramollissemens, etc., etc. Quelques auteurs ont même fait prévaloir l'existence de telle

(1) Voir l'article concernant les névroses.

sorte de lésion organique à l'exclusion des autres : à tort, selon nous, car d'abord toutes sont positives, et à part l'intérêt toujours réel de ce qui est vrai, il est encore important de n'en omettre aucune, ne serait-ce que dans un but de vérification par rapport au système de localisation des fonctions cérébrales. La constatation de toutes ces lésions offre, sous ce point de vue, d'autant plus d'intérêt, qu'à chacune d'elles devraient ou non correspondre, pendant la vie, des manifestations symptômatiques particulières, et que le diagnostic différentiel qui en résulterait, si en effet il était possible et positif, devrait être du plus grand poids quant au pronostic et quant au traitement, puisque telle forme de la maladie est curable, telle autre totalement au-dessus des ressources de l'art. Parmi les lésions anatomiques *propres* à la méningite des enfants (que Dance (mémoire cité), a pareillement rencontré chez les adultes) il est un genre de productions oubliées, négligées ou passées presque inaperçues jusqu'en ces derniers temps, et dont néanmoins les considérations précédentes peuvent servir à justifier l'importance. Mais ces produits morbides, depuis 1835, ont été l'objet de recherches particulières, tant sous le rapport de leur nature, de leur essence, que sous celui des troubles fonctionnels auxquels leur présence donne lieu : nous voulons parler des granulations méningiennes dont, en effet, avant l'époque indiquée, personne n'avait songé à faire l'élément anatomique d'une affection spéciale ou d'une variété spéciale d'affection, désignée sous le nom de *méningite tuberculeuse*. Dès-lors, se présentent plusieurs descriptions ou monographies : nommons d'abord celle de M. le docteur Fabre, présentée à l'Académie des sciences, en mars 1835; celle de M. Rufz, publiée dans la *Gazette médicale*, mai 1835, puis celle de M. Gerhard (*The american Journal*, novembre 1835); enfin, en 1839, les *Recherches cliniques* de M. Becquerel sur la méningite des enfants (1). Rien de plus positif que les chiffres, que les dates

(1) Dans les recherches de M. Becquerel sur la méningite des enfants se trouvent quelques-unes des propositions suivantes :

Si l'on trouve quelquefois à l'autopsie des sujets morts de méningite

qu'ils expriment ; aussi, à l'appui de la priorité à laquelle nous paraissent incontestablement avoir droit M. Fabre et Constant, il est presque superflu de rappeler le témoignage de M. Guersant.

un épanchement dans les ventricules latéraux, plus souvent encore on n'en trouve pas, et l'auteur se demande si dans l'absence de sérosité on doit attribuer cet effet à l'imbibition du liquide dans la substance cérébrale. (Du reste on ne rencontre que très rarement l'humidité, une sorte d'œdème de la substance cérébrale ; nous en avons parlé.)

On sait depuis les belles expériences de M. Magendie, que le liquide céphalo-rachidien est absorbé assez promptement après la mort.

1° Des expériences nombreuses sur les animaux ont prouvé à M. Guillot, qui se serait livré à de nouvelles recherches sur ce sujet, que dans l'état normal, et pendant la vie, les ventricules cérébraux sont remplis et même distendus par de la sérosité ;

2° Que la quantité de ce liquide diminue à mesure qu'on examine ces cavités à un instant plus éloigné de la mort ;

3° Que cette sérosité ainsi disparue se retrouvait dans la substance cérébrale ;

4° Que le cerveau était doué de propriétés hygrométriques, telles qu'un fragment de substance cérébrale recueilli chez un chien qu'on vient de tuer et pesé, peut, si on le plonge dans l'eau ou la sérosité, absorber jusqu'à son poids de ces liquides.

5° Cette propriété varie suivant les espèces animales, suivant l'âge et suivant l'époque plus ou moins éloignée de la mort à laquelle on les examine, et enfin suivant d'autres conditions qui n'ont pu encore être appréciés jusqu'ici.

M. Becquerel parle non-seulement de l'absence de toute lésion dans les ventricules après des méningites parfaitement caractérisées, mais encore de toute altération pathologique appréciable.

Ainsi que nous l'avions déjà fait, ce médecin rapproche les granulations de la pie-mère de celles sous-pleurales et sous-péritonales. Il dit aussi que les granulations ne constituent pas un caractère anatomique constant de la méningite ; qu'il n'y a aucun rapport entre leur existence, leur nombre et la gravité des symptômes de la méningite ; que les granulations ou les altérations chroniques de la pie-mère peuvent déterminer autour d'elles des lésions phlegmasiques aiguës ; ces lésions se traduisent alors par des symptômes caractéristiques, et constituent la méningite tuberculeuse des auteurs ; que lorsqu'on voit se développer le groupe de symptômes auquel on a donné le nom de méningite aiguë des enfants, on trouve, à l'autopsie, des caractères anatomiques souvent fort différents les uns des autres.

C'est, du reste, sur le même terrain, c'est à son hôpital, sous ses yeux, que les matériaux ont été recueillis, et à son dire, les investigations de M. Fabre et Constant ont positivement précédé celles de MM. Rufz, Gerhard et autres. Ceci posé, continuons de parcourir le travail des premiers de ces messieurs, travail auquel un prix académique et la fin prématurée et regrettable de l'un des deux auteurs prête un double intérêt.

On ne peut d'abord qu'applaudir à l'ordre et à la méthode qui ont présidé à l'édification de l'ouvrage. Vient, en premier lieu, l'exposition des faits comprenant vingt-sept observations détaillées ; puis l'histoire générale de la maladie, la description des lésions anatomiques, l'énumération et l'appréciation des symptômes divers; ensuite sont successivement passées en revue et distinguées les altérations anatomiques constantes ou variables, anciennes ou nouvelles, primitives ou consécutives; enfin, celles qui se rencontrent au sein d'autres organes, soit par seul accident, soit à titre de complications. A l'exception d'une seule fois, par exemple, des tubercules ou des granulations ont toujours été trouvés concurremment (dont dans vingt-six cas) par nos auteurs et dans le crâne et le thorax, et assez souvent même dans les organes de l'abdomen; de sorte que cette simultanéité dans la rencontre de ces produits pathologiques a été érigée par eux en règle générale. Remarquons cependant que nos observations 4, 5, 28, etc., ont trait à des cas de granulations méningiennes, de tubercules cérébraux et cérébelleux, sans cïoncidence de tubercules ou granulations tuberculeuses pulmonaires ou abdominales.

L'opinion de ces messieurs, au sujet des lésions locales consécutives, à la présence des granulations méningiennes, est que le développement long et graduel de ces corps peut déterminer des congestions et des phlegmasies du cerveau ou de ses enveloppes, des ramollissements cérébraux dont la mort serait la conséquence, bien qu'elle puisse survenir aussi par suite d'affections viscérales étrangères à la tête et tandis que ces productions s'y trouvaient, pour ainsi dire, impunément renfermées.

Suivant M. Fabre et Constant, les granulations tubercu-

leuses qui forment le caractère anatomique de la maladie en question, ont leur siége spécial dans la pie-mère, et seraient distinctes des glandes de Pacchioni; mais c'est néanmoins comme résultat de manifestation, de propagation d'affection scrofuleuse, que se trouve envisagée et classée cette forme particulière de méningite. Nous présenterons ici quelques réflexions : on trouve en divers endroits des membranes cérébrales des corpuscules graniformes, blanchâtres ou jaunâtres, extrêmement ténus, auxquels, à tort ou à raison, on a donné le nom de glandes de Pacchioni. Ils sont disséminés vers la superficie et la base du cerveau, semblent alors siéger dans le tissu qui unit l'arachnoïde à la dure-mère; mais ils existent aussi dans la pie-mère extérieure et intérieure; ainsi il s'en trouve dans les plexus choroïdes et au-dessus de la toile choroïdienne, etc... Voilà à peu près ce que disent les anatomistes, et voilà ce que nous savions quand, dans les *Recherches sur l'hydrocéphale aiguë*, que nous publiâmes en 1834, nous comparions (page 14) les granulations des méninges *aux granulations sous-pleurales* consécutives, aux pleurésies anciennes, lorsque nous les envisagions comme *des glandes de Pacchioni hypertrophiées et parfois même dégénérées en tubercules*, et que nous louions le rapprochement établi par Dance (1) entre ces corps et les granulations du poumon; d'autant plus, en effet, que nous considérions ces dernières comme n'étant que le résultat d'un état pathologique des glandes lymphatiques de ce viscère. Entre ces manières de voir et celle de M. Fabre et Constant, il n'est que cette différence... que la production de ces corpuscules serait spontanée, selon ces médecins, et qu'elle résulterait, selon nous, de l'état morbide d'organules préexistants, lesquels, sous le rapport de la méningite, ne seraient le plus souvent qu'effet selon nous, et jamais, au contraire, que cause selon ces messieurs. De part et d'autre, du reste, l'origine strumeuse est également accusée, et de ce que M. Fabre et Constant annoncent que les évacua-

(1) *Mémoire sur l'hydrocéphale aiguë chez l'adulte* (Arc. de méd. 1829).

tions sanguines aggravent le mal, ce n'est pas un motif pour qu'ils rejettent l'intervention pathogénique de l'irritation que nous accusons; car on sait que l'affaiblissement du système circulatoire ne tend qu'à donner de la prédominance au système lymphatique, qu'à exalter son action générale ou locale.

Quant aux symptômes et à la marche de la maladie dont il s'agit, MM. Fabre et Constant, prenant pour guide les faits qu'ils ont observés, distinguent deux périodes : l'une dans laquelle la maladie se présente sous une forme chronique; l'autre, période de terminaison, dans laquelle elle revêt tout à coup les caractères d'une affection aiguë. L'invasion est généralement obscure, et la marche latente, tant que dure la période de chronicité; mais dans la période aiguë, la méningite tuberculeuse peut se confondre avec la phlegmasie aiguë primitive des méninges et du cerveau, dont elle prend les allures et suit les voies. A propos du diagnostic différentiel, la remarque est faite que, lors des tubercules encéphaliques, les symptômes portent particulièrement sur les fonctions locomotrices et sensoriales, tandis que dans la méningite tuberculeuse, ce sont plutôt les fonctions intellectuelles qui se trouvent lésées. (Ce que ne confirmerait pas toujours quelques observations, voir 5e obs.) Le pronostic déduit n'a pu être que fatal, puisqu'il s'agissait d'une maladie tenant à l'existence de productions morbides dont les progrès sont presque inévitables et les dangers en raison des progrès; aussi le traitement curatif est-il tout-à-fait nul; aussi ne peut-on et ne doit-on compter que sur la prophilaxie, puisque les causes actives sont les causes prédisposantes, puisqu'il s'agit d'affection générale, de cachexie, d'affection strumeuse; aussi M. Fabre et Constant, comme nous l'avons déjà dit, ont-ils reconnu que les émissions sanguines largement employées ne faisaient que hâter la terminaison funeste.

Disons, en terminant, que les différentes publications qui ont paru depuis sur ce sujet, n'offrent que peu de changements dans les détails et une complète analogie quant au fond, quant aux points essentiels. Le mérite de l'ouvrage qui les a devancé paraît être incontestable.

En résumé, tout en rendant justice au mérite de la monographie dont nous venons de présenter l'analyse; nous croyons que dans ce travail la question n'est envisagée que sous une de ses faces, qu'elle l'est d'ailleurs sous un jour plus que douteux relativement au point de départ de la lésion et aux complications *nécessaires*. Nous n'abandonnons donc pas nos vues, que nous croyons moins exclusives et plus aptes à faire pénétrer quelques lueurs à travers l'obscurité étiologique de cette affection et des affections strumeuses en général.

§ III. — DE L'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

L'hydrocéphale chronique (1), ou hydropisie encéphalique, est congénitale ou se manifeste après la naissance. Le crâne peut n'avoir, dans cette affection, que les dimensions ordinaires, ou présenter et acquérir un volume plus ou moins considérable (2). Dans ces dernières circonstances les os de la tête deviennent ordinairement excessivement minces; cet amincissement s'étend même parfois sur les os de la face, qui ne participent pas au développement. Si l'hydrocéphale est congénitale, et que le volume de la tête soit excessif, celle-ci ne peut guère être extraite de la matrice sans une opération mortelle pour le fœtus. Lorsque le crâne ne se développe que plus ou moins longtemps après la naissance, l'hydrocéphalie n'arrive souvent que fort tard au degré d'intensité qui ne permet pas de la méconnaître. Quand les progrès sont rapides, la mort ne tarde pas à survenir; mais quand la maladie ne s'accroît qu'avec lenteur elle reste souvent alors stationnaire, et la vie peut se prolonger et se prolonge quelquefois pendant plusieurs mois, et même pendant de longues années (3). Dès-lors les os crâniens acquièrent la consistance qui leur est naturelle. Nous

(1) Voir ci-après les observat. 33, 34, 35, 36, 37.

(2) Meckel cite un cas où le diamètre du crâne avait seize pouces.

(3) Une foule d'auteurs citent de nombreux exemples de faits de ce genre. Gœlis parle de deux hydrocéphales parvenus l'un à l'âge de soixante-onze et l'autre de soixante-dix-neuf ans.

avons même trouvé leur épaisseur augmentée (Voir l'observation 35). Quand les dimensions de la tête sont peu augmentées, et que l'augmentation a eu lieu insensiblement, très-lentement, l'affection est très-obscure et ne cesse parfois de l'être qu'à l'autopsie. Le tissu cellulaire sous-cutané du crâne est souvent infiltré, surtout en arrière, et quelquefois, à travers l'écartement des sutures; se montre une tumeur analogue à celle que l'on rencontre sur le trajet du rachis dans le spina-bifida. C'est particulièrement sur le diamètre antéro-postérieur, et sur la voûte du crâne, que porte l'excès du développement. Les fontanelles sont élargies et les sutures écartées. Dans la grande majorité des cas, l'hydrocéphale chronique coïncide avec un vice de conformation des organes intra-crâniens, ou avec l'existence de productions acciden telles, d'altérations morbides sourdes, lentes dans l'intimité de l'encéphale. Les violences exercées sur la tête de l'enfant pendant l'accouchement, les scrophules, les suppressions des éruptions de la tête...... sont considérées comme des causes d'hydrocéphale en tant que aptes à produire ou à favoriser une suractivité fonctionnelle, la prédominance de l'exhalation sur l'absorption, qui a pour résultat une congestion, un afflux de liquides séreux, dont la présence insensiblement accrue occasione une compression, qui finit elle-même par déterminer des anomalies dans l'organisation et les fonctions de l'encéphale. L'hydrocéphale chronique ne succède pas aux affections aiguës encéphalo-méningées : bien que Billard ait dit, page 676, il *arrive quelquefois que l'hydrocéphale prend une marche chronique, après avoir eu d'abord les caractères de l'hydrocéphale aiguë : le malade tombe alors dans un état de stupeur et d'idiotie qu'il peut conserver toute sa vie.....* Ces suites, du reste, qui ne caractérisent nullement l'hydrocéphale chronique, sont les conséquences, trop fréquemment observées, des atteintes profondes de l'encéphale dans les méningo-encéphalites.

Mais l'hydrocéphale chronique passe quelquefois à l'état aigu : nous en indiquons ici sommairement une observation.

TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Chez une jeune fille nommée Clara Boncier (idiote), morte à l'hôpital des Enfants (hydrocéphale chronique, puis hydrocéphale aiguë), on trouva à l'autopsie les ventricules latéraux considérablement dilatés et remplis de six onces au moins de sérosité; leur ouverture de communication avec le ventricule moyen très-agrandie; la voûte et la cloison médiane diffluentes; l'arachnoïde des ventricules latéraux rugueuse, épaissie, comme chagrinée, couverte de petites granulations. L'arachnoïde de la base était altérée d'une manière semblable.

Symptômes principaux observés pendant les derniers temps de la maladie : Cris, grincements de dents, roulement des yeux, dilatation inégale des pupilles.

L'hydrocéphale *apoplectiforme*, décrite par quelques auteurs (1) nous semble devoir être distinguée de la précédente affection, en ce qu'elle résulte d'un état aigu, d'un mouvement réactionnel congestif, qui a lieu vers la tête; mais qui se passe chez des sujets faibles, lymphatiques, scrofuleux, affaiblis par des maladies antécédentes, et dont la constitution débile est incapable de produire plus que le surcroit d'exhalation sériforme, dont l'instantanéité et l'abondance ont suffi pour déterminer des convulsions, le coma, des accidents de compression analogues à ceux de l'apoplexie méningée, ou la mort. Ainsi, les termes d'apoplexie séreuse lui semblent mieux appropriés quand l'épanchement séreux s'opère chez des enfants ou des vieillards maladifs, languissants sous les atteintes d'affections du ventre ou de la poitrine, de maladies, en un mot, étrangères au cerveau; tandis que les mêmes accidents survenant dans le cours et vers le terme d'une méningo-encéphalite, ne constituent véritablement qu'une des phases de cette maladie, et ne sauraient être considérés (apoplexie aqueuse de Goelis) comme un état morbide spécial, distinct. Selon M. Bres-

(1) Guersant, *Dictionnaire de Médecine*, art. *Hydrocéphale aiguë*.

chet(1), l'hydrocéphalie chronique interne appartiendrait toujours à un vice de conformation originel, et l'hydrocéphalie chronique arachnoïdienne extérieure, c'est-à-dire, celle dans laquelle la sérosité est renfermée dans la membrane séreuse qui va de la dure-mère sur les circonvolutions de l'encéphale, serait un des phénomènes de l'arachnoïdite chronique, et dépendrait de cette inflammation. — Les premiers symptômes de l'hydropisie dont nous parlons sont difficiles, sinon impossibles à reconnaître, d'autant plus que l'augmentation du volume de la tête, ainsi qu'il a été dit, n'a lieu ni de suite, ni même toujours. Les phénomènes qui accompagnent cette affection sont l'obtusion des sens, la langueur ou la nullité des facultés intellectuelles, la faiblesse des muscles, au point de rendre la marche et la station chancelantes ou impossibles : puis se présentent dans une certaine mesure et à des degrés de plus en plus prononcés, les symptômes tels que ceux-ci : tête lourde, tombante; somnolence, convulsions, tremblements, paralysie des membres, idiotisme, etc. (Voir les observations à la fin de l'article.)

Dans les cas d'énormes développements du crâne, les cavités ventriculaires sont considérablement agrandies, la substance cérébrale distendue; le cerveau est réduit en une sorte de coiffe membraneuse épanouie en tous sens; mais qui se prolonge rarement dans les tumeurs hydrocéphaliques, et ne contiennent guère qu'un prolongement des méninges. Dans d'autres circonstances le liquide est plus spécialement épanché dans la grande cavité de l'arachnoïde, les ventricules n'en renferment qu'une quantité modérée, et leur distension est nulle.

Les caractères anatomiques de l'encéphale, dont toutes les phases de développement aujourd'hui bien connues, dit M. Breschet démontrent que l'hydrocéphale interne chronique des ventricules appartient à une époque peu avancée de la formation de l'encéphale, et que l'hydrocéphalie

(1) *Dict. de méd.*, article HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

dans laquelle la sérosité n'est pas dans l'encéphale, mais seulement dans la membrane séreuse, coïncide toujours avec un développement complet de l'organe : d'où il résulte que ce dernier genre d'épanchement remonterait aux derniers temps de la vie fœtale, et plus souvent encore aux premiers mois de la vie de l'enfant. Les productions accidentelles intra-crâniennes, les tubercules cérébraux, cérébelleux, etc., sont loin de correspondre toujours, d'ailleurs, ainsi qu'on le sait, à un seul et même état morbide (1) ; on les a rencontrés maintes fois à la suite de la chorée, de l'épilepsie, de la méningo-encéphalite, de l'hydrocéphalie, de phénomènes convulsifs ou paralytiques ; nous ne faisons donc ici que les mentionner.

Le liquide épanché est limpide, louche, jaunâtre ; Morgagni y a vu flotter des hydatides, il varie en quantité, depuis plusieurs onces, jusqu'à plusieurs livres. La substance cérébrale est parfois ramollie, déchirée, en des endroits les cloisons le sont de préférence ; mais néanmoins souvent elle est ferme, et l'est même davantage (obs. 34, 35.) La mort est la terminaison, pour ainsi dire, habituelle de l'hydrocéphale chronique. Le traitement dirigé contre les symptômes souvent équivoques des lésions organiques qui ont provoqué cette maladie, n'est guère que palliatif. Ainsi ont été successivement, alternativement ou méthodiquement prescrits, les diurétiques, les purgatifs, les révulsifs et les dérivatifs. Le calomel a été particulièrement vanté par Goelis, ainsi que les vésicatoires et les frictions mercurielles. Il est, en outre, une foule de pratiques et d'arcanes maintenant délaissés, et qui cons staient en enveloppes et topiques dont l'on recouvrait la tête des hydrocéphales. L'évacuation rapide du liquide épanché détermine instantanément la mort. Son évacuation successive au moyen de mouchetures ne tarde pas à faire développer des accidents qui conduisent bientôt à une catastrophe.

Sans rechercher les cas plus ou moins rares et douteux de guérison définitive épars dans la science, nous ne parlerons que

(1) Voir l'article suivant.

d'un fait récent relaté dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* de juin 1839, fait extrait des journaux allemands, et concernant une hydrocéphalie chronique guérie par la compression de la tête. L'on sait que quand on comprime brusquement et avec force le crâne d'un hydrocéphale, on produit le coma ou des accidents convulsifs; aussi n'est-ce qu'une compression lente, graduée, qui a été tentée et dans un cas très-favorable; car l'affection s'était produite accidentellement, par suite d'une chute, et paraissait résulter d'une irritation légère transmise à l'arachnoïde, à l'intérieur de laquelle s'était fait un épanchement lent et incessamment accru. La compression opérée au moyen de bandelettes agglutinatives détermina à la longue la résorption de la plus grande quantité du liquide et agit tant qu'elle fut praticable, c'est-à-dire jusqu'à ce que le rapprochement des sutures se fût opéré. Mais, dès-lors, et bien que secondé par le traitement interne, le mieux n'alla pas plus loin; car l'enfant resta chancelant, boiteux, n'articulant que des mots isolés, saisissant, d'ailleurs avec beaucoup de difficulté, l'idée des objets les plus communs. L'auteur apprend ensuite que la petite fille en question, mourut trois ou quatre mois plus tard du typhus, et il reste à regretter qu'il n'ait pas pu compléter son observation, par l'autopsie qui, selon toute apparence, eût laissé voir encore une partie des restes de l'ancienne affection.

TRENTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Céleste (Louis), âgé de six ans (salle Saint-Roch, n° 5. — Entré le 21 décembre 1826, à l'hôpital des Enfants malades).

Tête très-grosse; l'enfant semblait marcher en tremblant, néanmoins soutenait bien sa tête; mangeait beaucoup, sans jamais demander, et paraissait indifférent sur la nature des aliments; rire continuel; idiot. L'augmention du volume de la tête datait de l'âge de 3 mois; déjections dans le lit; pas de diarrhée; reconnaissait sa mère, mais avait l'air assez indif-

férent; pas de céphalalgie. Éruption de variole le 4 janvier; peu de toux; diarrhée vers le 10. Mort le 17.

Autops. cadav. — Crâne irrégulier; grande circonférence du crâne (passant sur les bosses frontales et pariétales), 21 pouces; plus d'un litre et demi de sérosité transparente dans les ventricules latéraux; consistance de la substance cérébrale *généralement très-grande, très-ferme*; pas de sérosité dans le rachis; quelques parties hépatisées ou engouées dans le poumon.

TRENTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Maillard (Joséphine), âgée de dix ans. Idiote: elle ne savait ni marcher, ni même boire; ne prenait que de la soupe; ne reconnaissait personne; poussait des cris inarticulés; souriait rarement. Rétraction des membres inférieurs; décubitus avec immobilité; sensibilité de la peau; amaigrissement progressif. Mort.

Autops. cadav.. — Crâne : Épaisseur double de ce qu'elle est habituellement; sérosité à la surface du cerveau et dans les cavités cérébrales, qui en étaient remplies sans paraître distendues; substance blanche, ferme et comme resserrée sur elle-même, pareillement dans les ventricules; moëlle épinière saine; engouement des deux poumons. Nombreux vers intestinaux (ascarides lombricoïdes); rougeur du colon; ecchymose.

TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Job (Élisa), âgée de vingt-trois mois, entrée à l'hôpital des Enfants malades, le 27 février.

En venant au monde sa tête était bien conformée; trois mois après son front était devenu large, les os s'étaient écartés; néanmoins elle prenait bien le sein, ne vomissait pas, mais ses bras et puis ses jambes étaient devenus raides; ses yeux étaient déviés; mouvements choréiques; grincements de dents. Éruption de variole. Mort.

Autops. cadav. — (4 onces et demie) 144 grammes environ de sérosité limpide, existaient tant dans la grande cavité de l'arachnoïde que dans les ventricules latéraux; les deux lobes

antérieurs étaient réunis dans la scissure médiane, au moyen de ponts formés par l'arachnoïde. Une incision ayant mis à découvert les ventricules, il fut impossible de reconnaître au milieu de la substance difluente, le corps calleux, les trois piliers et la cloison; les circonvolutions cérébrales étaient bien marquées; la protubérance était située verticalement; l'aquéduc de Sylvius et le quatrième ventricule n'étaient pas dilatés; le cervelet, dont la consistance paraissait naturelle, était porté en avant par une collection séreuse abondante, située derrière lui, et particulièrement entre l'écartement des deux lances de la faux du cervelèt, où il existait une espèce de poche remplie de sérosité. Les tubercules quadrijumeaux et les nerfs olfactifs étaient sains. Épaisseur des parois du crâne, deux lignes et demi. Muqueuse des voies aériennes pâle; mucosités spumeuses dans les bronches; ganglions bronchiques naturellemen développés; pneumonie lobulaire à gauche; hépatisation grisâtre. Rien de remarquable du côté des organes digestifs.

TRENTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Hydrocéphale chronique; pneumonie intercurrente; mort. — Tubercules du cerveau, du cervelet et du poumon; dilatation considérable des ventricules qui contiennent trois quarts de litre de sérosité limpide (1).

Eugène Theillant, âgé de dix-neuf mois, fut apporté le 6 décembre à l'Hopital-des-Enfants, atteint d'une hydrocéphale chronique. Voici les renseignements qui nous furent fournis par sa mère :

Cet enfant était né à terme. Il était bien conformé au moment de la naissance. L'accouchement ne fut ni long ni laborieux. Le travail de l'enfantement ne dura que trois heures. La tête de l'enfant avait un volume ordinaire, et trois mois après sa naissance il portait encore les bonnets du premier âge. Il fut élevé au biberon pendant trois mois et demi. A cette époque il

(1) Observation publiée par Constant dans la *Gazette médicale* du 15 février 1834.

fut confié à une nourrice qui habitait Ménilmontant, et qui le nourrit de son lait jusqu'à l'âge d'un an. Il fut vacciné à l'âge de six mois; il porte encore aujourd'hui des traces évidentes de vaccine. Sauf une légère diarrhée à l'époque de la dentition, cet enfant n'a jamais éprouvé d'indisposition sérieuse jusqu'à l'âge de treize mois. A cette époque il contracte la rougeole; la maladie parcourt sa marche d'une manière assez régulière, mais quelques jours après l'éruption, il fut pris de mouvements convulsifs qui affectèrent principalement les muscles des yeux, et se montrèrent neuf à dix fois dans l'intervalle de quelques jours. Du reste, le malade ne présenta jamais de rigidité permanente des membres, ni d'écume à la bouche. La toux qui avait précédé et accompagné la rougeole persistait.

Un mois environ après l'invasion de l'affection rubéolique, la tête commença à augmenter de volume. L'enfant qui, avant cette maladie, commençait à faire quelques pas, cessa de marcher. Il était tourmenté par des accès de fièvre irréguliers. On attribua les accidens qu'il présentait à la présence des vers; on lui administra quelques anthelmintiques qui ne furent jamais suivis de l'expulsion d'aucun entozoaire. A dix-sept mois la tête avait acquis un tel volume que le malade ne pouvait plus se maintenir sur son séant; la vue qui avait paru s'affaiblir progressivement, fut alors complètement perdue. Les mêmes accidents ont persisté jusqu'à l'époque où le malade a été soumis à notre observation.

La mère, âgée de vingt-sept ans, n'a eu que cet enfant. Elle est d'une constitution médiocrement forte; elle n'a jamais eu de maladie grave, n'est atteinte d'aucune affection nerveuse, n'est pas sujette à tousser. Le père, âgé d'une trentaine d'années, est sujet aux congestions locales.

Examiné le 8 décembre, cet enfant nous offrit l'état suivant: cheveux bruns, yeux noirs, peau brune, système pileux assez développé. La face présente beaucoup d'embonpoint; le ventre est très-volumineux, et contraste avec la maigreur des extrémités inférieures dont les articulations sont très-tuméfiées. La

dentition est peu avancée, six dents seulement. Décubitus dorsal, immobilité complète; le malade conserve presque constamment l'attitude qu'on lui donne. La tête a un volume énorme. (Voir plus bas les dimensions du crâne.) Les fontanelles ne sont point ossifiées; la vue est complètement perdue; les yeux ne sont nullement sensibles à l'action de la lumière, ils sont toujours fixes. Le malade n'articule aucun son; il ne pousse jamais aucun cri, se soumet sans mot dire à l'examen le plus minutieux. La colonne vertébrale ne présente pas de déviation; les extrémités inférieures sont paralysées de mouvement; la sensibilité y est très-obtuse; les membres supérieurs sont plus sensibles au pincement, ils exercent quelques légers mouvements. Le pouls est petit, régulier, sans fréquence; la peau de chaleur naturelle; le ventre indolent; constipation habituelle. Toux par intervalles; pas de gêne notable de la respiration; on le nourrit pendant quelques jours avec du lait et des potages. Il ne se manifeste aucun changement notable dans son état jusqu'au 27 décembre; à cette époque la toux devient plus fréquente; la fièvre s'allume; la respiration devient extrêmement gênée; l'appétit se perd. On le fait passer dans la division des maladies aiguës.

Le 28, toux grasse extrêmement fréquente; expectoration nulle, râle trachéal; dyspnée intense. La peau est chaude, la face animée; pouls à cent cinquante pulsations; cinquante-quatre inspirations par minute. Les lèvres fendillées sont le siége d'une exhalation séro-sanguinolente; la langue est rouge; à l'intérieur de la bouche on aperçoit quelques aphtes; du reste pas de vomissements ni de diarrhée; ventre souple et indolent. La percussion du thorax donne en arrière un son clair; la respiration est courte, l'inspiration peu vésiculeuse. Un gros râle muqueux, que l'oreille perçoit, masque tous les autres bruits; chaque mouvement inspiratoire est accompagné de dilatation des ailes du nez. On supprime les alimens et on donne des boissons pectorales.

Ces symptômes offrent le 30 et le 31 une légère rémission; mais les jours suivants ils redeviennent de plus en plus intenses,

et le malade succomba dans un accès de dyspnée, le 6 janvier, sans offrir le plus léger mouvement convulsif.

Nécropsie vingt-deux heures après la mort. Habitude extérieure. Tissu cellulaire adipeux de la face et du tronc assez développé; membres grêles avec courbure des os.

Tête. Le crâne a un volume considérable, ving-et-un pouce de l'os frontal à l'occipital, et vingt-deux et demi depuis le dessous du menton jusqu'à l'union des pariétaux. On sent à travers les téguments les fontanelles non ossifiées et très-larges. La calotte crânienne enlevée au moyen d'un trait de scie mené circulairement, et la dure-mère incisée, on voit que la grande cavité de l'arachnoïde ne contient pas de liquide; il n'en existe pas non plus dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les méninges sont saines et n'adhèrent point à la surface des circonvolutions qui sont peu saillantes, mais encore assez distinctes; la substance grise a son aspect normal, elle a environ deux lignes d'épaisseur; elle n'est ni ramollie, ni indurée. La substance blanche est également saine sous le rapport de sa couleur; mais son épaisseur est notablement diminuée, surtout en arrière où elle forme une couche d'une ligne environ; les ventricules sont énormément distendus par un liquide parfaitement limpide dont la quantité peut être évaluée à trois quarts de litre environ; le corps calleux et les parties centrales ont conservé toute leur fermeté; la couche de la substance qui revêt les ventricules a acquis une consistance supérieure à celle des parties sous-jacentes, de manière à simuler une membrane. Aussi, quelques personnes présentes à la nécropsie pensent-elles que c'est l'arachnoïde épaissie et ayant perdu sa transparence; mais en l'incisant avec soin, on peut reconnaître plusieurs couches, et au moyen de la dissection la plus attentive, on peut parvenir à détacher un feuillet séreux. Le corps strié, la couche optique et la corne d'ammon ne sont point atrophiés; l'ouverture de communication du ventricule moyen avec les ventricules latéraux est assez large pour permettre l'introduction du doigt auriculaire; le septum lucidum est intact, et le cinquième ventricule à peine marqué; les com-

missures sont saines ; le conduit de Sylvius est très-large ; rien dans le quatrième ventricule ; son ouverture pourrait recevoir le petit doigt ; les deux hémisphères cérébraux sont d'un volume égal ; le gauche présente en arrière et au niveau de l'angle que forme la face cérébrale avec la tente du cervelet, un tubercule volumineux adhérant à la dure-mère, dont on ne peut le détacher, et à la substance cérébrale correspondante.

Il est du volume d'une grosse amande ; la substance cérébrale environnante paraît légèrement ramollie ; autour de ce tubercule, il en existe sept à huit autres gros comme des pois, dont quelques-uns sont ramollis au centre ; à la partie interne du lobe moyen, on observe deux autres tubercules gros comme des fèves ; le lobe antérieur en présente un du même volume, situé en avant et en dehors ; autour de ces productions morbides, la substance cérébrale est saine ; cinq à six autres tubercules de grosseur variable existent le long du bord interne du même hémisphère ; le lobe antérieur de l'hémisphère droit ne présente aucun tubercule ; il en existe un de la grosseur d'une aveline dans le lobe moyen ; et deux ou trois autres plus petits dans le lobe postérieur ; la couche optique et le corps strié du côté droit contiennent chacun un tubercule ; la même disposition se rencontre à gauche.

Le cervelet a un volume normal. A sa partie supérieure, sur la ligne médiane, existe un tubercule gros comme une fève. On en observe un autre de la grosseur d'une noisette à la partie supérieure du lobe droit ; le bord et la partie inférieure du même lobe en présentent chacun un du volume d'une amande ; on les aperçoit tous à la superficie de l'organe ; dans le lobe gauche en existe un autre du volume d'une noix, ramolli au centre ; la moelle allongée, le pont de Varole, sont sains ainsi que la moelle épinière ; les nerfs optiques ainsi que les autres nerfs encéphaliques sont à l'état normal.

Poitrine. Les deux poumons sont farcis de tubercules miliaires. On y observe également quelques masses tuberculeuses et trois à quatre petites cavernes pouvant loger un pois. Le lobe supérieur gauche adhère à la plèvre costale par de fausses mem-

branes épaisses, très-bien organisées; ce lobe est infiltré de matière tuberculeuse; il est induré, grisâtre et tout-à-fait imperméable à l'air. Le lobe inférieur droit est splénisé; son tissu est très-friable; les ganglions bronchiques sont transformés en masses tuberculeuses; le cœur et le péricarde sont sains; le trou de Botal et le canal artériel sont oblitérés.

Abdomen. L'estomac est sain; les parois intestinales sont atrophiées; la muqueuse est pâle; les ganglions mésentériques ne présentent pas de tubercules. Les autres viscères contenus dans la cavité abdominale n'offrent rien d'anormal.

§ IV. — PRODUCTIONS MORBIDES INTRA-CRANIENNES.

Nous ne croyons pas non plus que les diverses productions accidentelles en général, qui se rencontrent au sein des organes, ou qui en occupent, qui en remplacent certaines parties (tumeur encéphaloïde, mélanose, tubercules, squirrhe, cirrhose, etc.), soient des corps *sui generis*, semés par le hasard. Nous ne croyons pas que l'étiologie en soit beaucoup éclairée par les deux mots latins qu'on a coutume d'ajouter à leur suite.

L'explication qui paraît la plus rationnelle, la plus satisfaisante, quant à présent, consiste à accuser la sur-activité fonctionnelle, l'irritation, la phlogose lors de la formation de ces divers produits ou altérations pathologiques (1).

(1) La rougeur sablée de la substance cérébrale *peut-être* avec augmentation de sa consistance, caractérise, suivant M. Bouillaud (ouvrage cité), le premier degré de l'encéphalite. Dans la 2e période il y a diminution de la consistance de la pulpe cérébrale, perte de cohésion distincte cependant des ramollissemens, qui probablement dépend, d'une certaine quantité de pus infiltré dans la substance cérébrale. Dans la 3e période, le pus, d'abord simplement infiltré, brise peu à peu les cellules, il se forme des collections purulentes, des abcès. Enfin, dans la 4e période, il se forme une foule de productions accidentelles: tubercules, productions cancéreuses, cartilagineuses, mélaniques, érectiles, etc.

Le travail morbide est parfois assez limité dans son intensité et dans son étendue pour s'opérer, pour ainsi dire, à huis-clos, et rester d'abord comme isolé; mais, néanmoins, passé certaines limites, ces altérations, produits ou dégénérescences organiques, agissent sur les parties circonvoisines par leur contact, par leur volume, par la transmission de leur élément pathogénique; en un mot, il arrive un temps où ces productions propagent et fomentent, par leur présence, l'irritation et la phlégmasie. C'est également ce qu'il advient en particulier à l'égard des tubercules cérébraux, etc.

Ainsi que nous avons déjà eu occasion de le dire, les phénomènes qui résultent de la manifestation et de la présence de ces divers produits sont extraordinairement variables, et par cela même extraordinairement obscurs. Tantôt les tubercules cérébraux, cérébelleux, les granulations, etc., développés lentement et sourdement, n'ont pas encore eu le temps de donner lieu à des symptômes un peu manifestes, quand d'autres causes de mort sont venu faire descendre les malades dans les amphithéâtres, et ont permis de constater l'existence de lésions jusqu'alors en apparence inoffensives : tantôt des symptômes plus ou moins caractérisés de méningite, d'encéphalite, ont prouvé que l'inflammation s'était étendue et propagée de ces foyers. Tantôt, enfin, des névroses diverses, à appareil plus ou moins formidable et à issue toujours fatale, ont été reconnues n'avoir pas d'autre mobile (1).

La dégénérescence tuberculeuse du cerveau, dit M. Rostan (*Traité du Diagnostic*), est très-rare chez les vieillards et les adultes; on la rencontre plus fréquemment chez les enfants. Parmi les symptômes que déterminent ces productions, sont cités les engourdissements, les picotements, la douleur ou l'insensibilité d'un ou plusieurs membres, la diminution de la vue ou de l'ouïe, accompagnée de diverses hallucinations, et suivie de la perte totale des sens; plus tard, paralysie complète. La marche de ces accidents est essentiellement lente. On ob-

(1) Voir l'article Névrose.

serve quelquefois des vomissements opiniâtres. La présence de tubercules dans d'autres parties pourrait éclairer le diagnostic.

Les tubercules sont ordinairement plus rares en nombre que dans le poumon. Leur volume est ordinairement d'un petit pois, quoique variable. Quelquefois il n'en existe qu'un; il est alors très-gros, semble résulter de l'agglomération de plusieurs. Ils sont parfois enveloppés dans une véritable poche membraneuse, composée de deux feuillets.

Au bout d'un certain temps ces tubercules déterminent à la circonférence, un véritable ramollissement inflammatoire.

Outre les observations 4, 5, 11, 14, 27, 28, 33, etc., auxquelles nous renvoyons, nous rapporterons ici quelques faits et l'analyse de quelques autres recueillis en partie à l'hôpital des Enfants.

TRENTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Tumeur encéphaloïde au-dessus du sinus caverneux gauche, hémorrhagie par le sinus caverneux.

Pillomel (Aimable-Léonide), âgé de sept ans, entré à l'hôpital des Enfants, le 27 avril.

Symptômes principaux observés : Amaurose incomplète, depuis un mois; céphalalgie sus-orbitaire; pupilles dilatées oscillantes; l'œil gauche était plus saillant que l'autre; de la douleur existait particulièrement de ce côté; dans la nuit du 13 mai, hémoptysie et épistaxis foudroyants. Mort.

Autopsie. Cette tumeur encéphaloïde était située au-dessous de la dure-mère, sur les côtés de la selle turcique. Les nerfs optiques la traversaient et étaient diminués de volume. Le corps du sphénoïde avait subi une perte de substance, surtout à gauche; l'on pouvait plonger le doigt jusque dans le pharynx, à travers la perforation qui existait dans cet endroit et dans le sinus caverneux.

Chez le nommé Valère, âgé de sept ans, chez lequel on avait reconnu quelques symptômes de méningite de la base, lésion que n'a point justifié l'autopsie, et plusieurs accès épileptiformes, on rencontra un acéphalocyste dans le cervelet.

Chez la nommée Monier (Colombe), âgée de douze ans, affectée d'amaurose depuis deux mois, de chorée depuis trois; chez laquelle l'intelligence paraissait conservée, les réponses lentes, la langue embarrassée, la respiration suspirieuse, plaintive, les pupilles oscillantes, il fut trouvé, à l'autopsie, une tumeur encéphaloïde sur le trajet des nerfs optiques.

TRENTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Tumeur encéphaloïde dans l'hémisphère gauche du cervelet; hydatide, kyste rempli de sérosité.

Marchenay (Élisabeth), âgée de neuf ans, était sujette aux maux de tête depuis sept ou huit mois, céphalalgie se renouvelant plus particulièrement les matins et accompagnée de nausées. Elle était plus fréquente et plus intense depuis trois mois; la vue allait en s'affaiblissant; elle avait des crises épileptiformes, qui se renouvelaient tous les 2, 3 ou 8 jours; elle reprenait ordinairement en partie son intelligence après les accès, conservait seulement un peu d'assoupissement; depuis un mois elle ne distinguait plus les objets, et depuis cette époque aussi éprouvait des crampes dans les membres..... La mort survint tout-à-coup, pendant une crise convulsive.

Autops. cadav. — Liquide très-limpide dans les ventricules latéraux, environ 4 ou 5 onces (128 à 160 grammes); le gauche en contenait le plus. Tout le cerveau paraissait parfaitement sain. Le cervelet paraissait flasque au toucher, se laissait déprimer, surtout à gauche; en incisant cette portion qui offrait une notable fluctuation, on parvenait dans un kyste à parois blanches, minces, cellulo-séreuses, et qu'on détachait aisément sans les rompre; il avait le volume de la moitié d'un œuf, il contenait de la sérosité transparente, était situé à gauche et s'étendait un peu à droite; une légère couche de substance blanche le séparait du quatrième ventricule; la substance environnante était ramollie. Ce kyste était en outre en contact avec une tumeur encéphaloïde au premier degré, du volume d'une noix ordinaire, située dans l'épaisseur du lobe cérébelleux gauche, mais vers la ligne médiane et, pour ainsi dire, au-

dessus du quatrième ventricule qui ne présentait, d'ailleurs, rien d'anormal. Tout le reste de l'autopsie ne nous avait semblé offrir aucun intérêt.

QUARANTIÈME OBSERVATION.

Tubercules cérébraux et cérébelleux.

Vessiet (Joseph), âgé de trois ans, entré le 12 mai; salle St.-Roch, n° 16 (puis Saint-Louis, 19), de l'hôpital des Enfants.

Opthalmie, ulcération, ramollissement, perforation des deux cornées.

Principaux symptômes qui ont été observés : Fièvre; peu de toux; peu de diarrhée depuis trois semaines jusqu'à la fin de sa maladie; ni douleur au ventre ni à la tête; très-raisonnable, répond bien; nuls symptômes cérébraux. Mort le 28 mai, sans convulsions ni vomissements.

A l'autopsie : ulcération dans l'estomac, dans l'intestin grèle et le gros intestin; tubercule dans l'hémisphère gauche du cerveau, et dans les deux hémisphères du cervelet.

Geoffin (Charlotte), âgée de neuf ans. Idiote; mutité; surdité; membres atrophiés; ne pouvait se soutenir sur ses jambes; tête comprimée d'avant en arrière; allongée en haut; cerveau très-petit; circonvolutions multipliées; anfractuosités assez profondes; substance cérébrale grise d'une inégale épaisseur, 4 lignes ici, 1 ligne d'un autre côté, etc.; épaisseur des os du crâne naturelle; toutes les parties du cerveau fermes, saines; membranes sans altérations apparentes.

Voici une courte analyse de deux observations que nous a communiquées M. le docteur P. Guersant.

QUARANTE-UNIÈME OBSERVATION.

Tubercules cérébraux et cérébelleux.

Un enfant de trois ans et demi, admis à l'hôpital des Enfants en 1825; depuis l'âge de dix-huit mois sujet à des convulsions, revenant de temps à autre et surtout la nuit. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, de la faiblesse s'était manifestée dans le bras et la jambe gauches, et la tête s'était inclinée

du même côté. Huit jours avant, abattement, assoupissement, cephalalgie. Le jour de son entrée, pouls petit, très-fréquent, chaleur de la peau naturelle, respiration suspirieuse, paupières fermées, pupilles dilatées, peu sensibles. Sensibilité égale et évidente des deux côtés, moins de mouvements de la part des membres du côté gauche. Le lendemain, pupilles inégalement dilatées, raideur du bras droit, rougeur et pâleur alternative de la peau; coma. Mort.

A l'autopsie, on trouva l'arachnoïde de la convexité sèche, les circonvolutions cérébrales légèrement déprimées; vers la scissure de Sylvius, à gauche, quelques exsudations plastiques. Environ 32 grammes de sérosité dans les ventricules. Parois des ventricules non ramollies; à la base du cerveau et en arrière des nerfs optiques, infiltration séreuse, et quelques granulations miliaires jusque dans les scissures de Sylvius; deux tubercules, gros comme une noisette, étaient situés à la partie inférieure de la couche optique droite; la substance cérébrale environnante était rouge, ramollie; le plus gros des tubercules était ramolli. Le cervelet est sain; au-dessus des membranes, existait, en arrière, un tubercule enkysté, gros comme une petite noix; le kyste adhèrant aux membranes et au tubercule était rouge; autour, ni ramolissement ni rougeur.

QUARANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Un enfant de quatre ans, malade depuis cinq jours, lors de son entrée à l'hôpital, en 1825, et chez lequel on remarqua, comme symptômes principaux. Des vomissements, de la céphalalgie, de la constipation, du délire, des alternatives de rougeur et de pâleur de la figure, de l'intermittence et de la fréquence dans le pouls, une dilatation inégale des pupilles, sensibles à l'action de la lumière, une respiration inégale et suspirieuse, etc. Mort après dix-sept jours de maladie.

L'examen de la tête fit reconnaître une ecchymose vers la suture corono-pariétale gauche, dans le tissu épicrânien, d'une étendue d'une pièce de 5 francs. L'os était parfaitement sain;

pas d'épanchement entre la dure-mère et le crâne; caillot fibrineux dans le sinus longitudinal supérieur; veines de la superficie injectées; arachnoïde humide; circonvolutions légèrement déprimées. Un petit tubercule était situé dans la substance grise, tout près de la blanche (gros comme un pois); environ 3 onces de sérosité limpide se trouvaient dans les ventricules latéraux qui étaient dilatés; la cloison était d'un blanc crémeux et difluente. Injection de l'arachnoïne qui s'insère dans la scissure de Sylvius droite; l'inflammation était surtout plus marquée à la base du cerveau, et particulièrement sur le mésocéphale. Infiltration jaunâtre gélatiniforme sur le mésocéphale. Tubercule à la partie postérieure et supérieure du lobe droit du cervelet, dans la substance grise, enveloppé d'un kyste injecté (du volume d'un gros pois, ramolli); sinus latéraux gorgés d'un sang liquide.

QUARANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Tubercules dans le cervelet.

Jonier (Thérèse), âgée de vingt-huit mois, malade depuis quinze jours. Toux, céphalalgie, soif vive; fièvre; figure rouge; raideur des membres; agitation la nuit; convulsions le jour de son entrée; pouls intermittent; pupilles peu dilatées; perte de connaissance; par moment portait les mains sur son front; cris continuels; agitation des membres; respiration un peu suspirieuse; grincements de dents; yeux fixes, tournés à gauche; raideur du tronc; tête renversée fortement en arrière. Tous ces symptômes de phlegmasie cérébrale avaient cédés au bout d'un certain temps, et la malade était sortie guérie. Elle était rentrée à l'hôpital en 1827, âgée de trois ans. Elle était alors seulement malade depuis trois jours : fièvre; vomissements; diarrhée; agitation à laquelle succède de l'assoupissement; pupilles dilatées; insensibilité au pincement; crises épileptiformes, et mort,

Autops. cadav. — Circonvolutions cérébrales aplaties. On sentait à la surface du cerveau une fluctuation manifeste;

ventricules dilatés et remplis de sérosité limpide; les parois ventriculaires avaient une consistance naturelle; les membranes du cervelet étaient soulevées par une sérosité incolore. Dans l'intérieur, un gros tubercule de la grosseur et de la consistance d'un marron d'Inde (résultat de l'agglomération de plusieurs), occupait le milieu du lobe droit.

Bourg (Louise), âgée de quatre ans. Morte le 17 février 1826, à l'hôpital des Enfants. Affectée de stomatite; bronchite; entéro-colite; *purpura-hemorrhagie. Principaux symptômes observés :* Un peu de somnolence; parfois dilatation des pupilles.

A l'autopsie : tumeur encéphaloïde de la grosseur d'une grosse noisette, dure, circonscrite, rose, continue à la substance cérébrale, piquetée de rouge vers l'extérieur; elle était située vers la partie postérieure du centre de Vieussens, sur le lobe gauche.

Waunek (Auguste), âgé de dix ans, entré le 3, mort le 19 janvier. Opéré de la pierre il y avait cinq mois. Plaie fistuleuse au périnée, donnant passage aux urines. Douleur en urinant; coliques dans le bas-ventre, douleurs rénales. Ni nausées ni vomissements, mais diarrhée. Nuls symptômes cérébraux. Toux.

A l'autopsie : Tubercule dans le cerveau, dans l'hémisphère droit, de la grosseur d'un petit pois. Tubercule dans les reins. Poumons crépitants, farcis de granulations.

Gastel, âgé de trois ans, entré le 6 septembre 1826, placé dans la salle des scrofuleux. Mort le 20 mars 1827. Symptômes du côté du ventre. Pas de symptômes cérébraux.

A l'autopsie : Gastro-entérite; épanchement médiocre de sérosité dans les ventricules latéraux. Tubercule assez gros dans l'hémisphère gauche du cerveau; ganglions bronchiques tuberculeux; ganglions mésentériques; poumons sains, sans nul tubercule.

L'état peu avancé de la science relativement aux productions morbides intra-cérébrales, nous engage à exposer encore ici quelques faits, qui sont comme autant de matériaux pour servir à l'histoire de ces produits pathologiques.

QUARANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Tubercules et calculs du cerveau.—Mort à la suite de convulsions épileptiformes (1).

Le samedi 29 novembre 1834, à trois heures après midi, on apporta à l'hopital de la Charité une jeune fille de dix-neuf ans, forte et bien constituée, atteinte de convulsions avec perte de connaissance et écume à la bouche. Les personnes qui l'accompagnaient ne donnèrent sur sa maladie aucun renseignement, si ce n'est *qu'elle était dans cet état depuis la veille, et qu'on la croyait atteinte de colique de plomb.*

L'élève de garde la plaça dans le service de M. Dalmas, salle Saint-***, n. 16; et lui fit presque aussitôt une saignée qui donna peu. A quatre heures, l'interne de la salle la vit. Elle était dans l'état que je viens de signaler; et de plus il remarqua que le pouls était fort petit, qu'il y avait soubresauts des tendons, roideur des membres et que la tête était déjetée en arrière. Il ordonna un lavement purgatif qui fut rendu presque aussitôt. Dans la soirée, on appliqua à la malade des sinapismes aux mollets, aux cuisses et aux pieds, sans obtenir la moindre réaction. A neuf heures du soir, le pouls était presque imperceptible; les extrémités se refroidissaient : il n'y avait plus de convulsions, mais, de temps à autre, des soubresauts de tout le corps. Le 30 novembre, mort à cinq heures du matin.

Autops. cadav. Habitude extérieure. Peau blanche; cheveux noirs; corps parfaitement modelé; une piqûre de saignée au bras gauche.

Cavité encéphalique. Les sinus sont pleins de sang; les méninges un peu rosées; la pulpe cérébrale est un peu ramollie; sa coupe est tachetée de points rouges, comme sablé, ses vaisseaux sont injectés. Plusieurs tubercules et des concrétions calculeuses se trouvent dans la substance cérébrale ou à sa

(1) Publiée par le docteur Leguillou, dans le *Journal hebdomadaire* du 11 avril 1835.

surface : tous sont enkystés ; les parois du kyste ont une demi-ligne d'épaisseur, une résistance moyenne. Je ne puis assigner au juste la place que chacun d'eux occupait dans le cerveau ; car je n'ai connu leur existence qu'après la section du cerveau en différens sens et en portions fort petites ; cependant je crois devoir décrire isolément chacun d'eux. L'un occupait l'épaisseur des corps striés. Il avait une forme ovoïde, un volume de quatre lignes sur trois. Il contenait une matière blanc-jaunâtre, grumeleuse et caséuse, assez sèche ; et deux petits calculs arrondis d'une ligne à une ligne et demie de diamètre. Un calcul isolé était situé dans l'épaisseur de la substance grise d'une anfractuosité cérébrale, presque à l'extérieur ; il était très-anguleux ; avait la forme d'une pyramide triangulaire de trois lignes de hauteur sur deux de base. Il adhérait au kyste par une petite partie de son étendue. Un troisième kyste ne renfermait que de la matière caséeuse divisée en trois petites masses. Il était placé tout à fait à l'extérieur du cerveau, recouvert immédiatement par la piemère entre deux circonvolutions. Sa forme était tout à fait sphérique, de quatre lignes de diamètre. A la surface d'une circonvolution était une ulcération de couleur brunâtre, de forme ronde, de quatre lignes de diamètre, dont le fond semblait ramolli. Aucun autre corps n'était contenu dans la substance cérébrale, que je passai toute sous la pulpe du doigt. *Cavités thorachique et abdominale; organes génitaux,* dans un état parfait d'intégrité. Une graine de raisin était contenue dans l'appendice cœcale. Je fis de très minutieuses recherches pour découvrir quelque tubercule dans le mésentère et dans les poumons; je n'en trouvai aucun. *La moëlle épinière,* examinée avec soin, ne m'offrit non plus rien à noter. Les calculs ont été vus en place par MM. Amussat, Cruveilhier, Lebaudy; je les ai analysés, en n'employant qu'une très petite parcelle de chaque; en sorte que je les possède encore presque dans leur état d'intégrité. Ils sont composés de *phosphate de chaux* (1).

(1) Il y avait un rapprochement à établir entre ces concrétions et celles propres à certaines phases de la phthisie pulmonaire.

Dans l'espoir de découvrir l'époque *présumable* de la formation de ces production morbides, je fis sur l'état sanitaire antérieur de cette jeune fille, des recherches dont je crois devoir faire connaître les détails.

Berquet (Sophie), native de Mont-Didier (Somme), âgée de dix-neuf ans, polisseuse en caractère, vint à Paris il a trois ans, et demeurait rue Saint-Jacques, n° 107. Elle s'est constamment bien portée jusqu'à l'âge de quinze ans, époque à laquelle l'apparition de ses règles fut signaléé par de violents maux de tête. A chaque période cataméniale, la céphalalgie reparaissait pendant deux ou trois jours; et depuis un an, elle devenait plus intense chaque fois, et revenait même quelquefois pendant les intervalles menstruels. De temps à autre, elle éprouvait quelques coliques, occasionées probablement par les émanations des ateliers où elle travaillait; mais elle n'en a jamais été incommodée de manière à être obligée à se mettre en traitement. Vers le 15 du mois d'octobre dernier, elle a été prise de céphalalgie continue, avec lassitude dans les membres; son teint a un peu pâli, et on la croyait enceinte. Pendant le mois de novembre, la *céphalalgie* augmenta : elle éprouvait aussi des picotements au nez. Le lundi 24, elle fut plus indisposée qu'à l'ordinaire; elle éprouvait des coliques violentes; mais c'était l'époque de ses règles, qui parurent en moindre quantité. Elle se rendit à l'atelier, et ne put se mettre à l'ouvrage. Elle chercha des distractions en visitant d'autres ateliers et en se promenant toute la semaine : elle avait totalement perdu l'appétit, et elle n'a presque rien mangé de la semaine. La nuit elle a plusieurs fois éprouvé des convulsions depuis le 22. Enfin, le vendredi, elle disait se trouver mieux, et elle se promettait de reprendre ses travaux le lendemain. Quelques amies passèrent la soirée avec elle : elle fut très-gaie; et à neuf heures on la fit se coucher. A dix heures survinrent des convulsions; puis roideur des membres; perte de connaissance, écume à la bouche; et le lendemain cet état ayant persisté toute la nuit, on se décida à l'apporter à l'hôpital.

QUARANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Tubercule du cervelet. — Mort à la suite d'une méningite.

Un enfant, âgé de quatre ans, fort bien constitué, d'un tempérament sanguin, d'un caractère emporté, entêté, un peu gâté par sa mère, avait depuis plusieurs jours perdu de sa gaîté. Il était morne, il toussait, avait la langue blanche à sa surface et rouge à sa pointe, le ventre douloureux à la pression; il éprouvait des démangeaisons aux narines, les pupilles étaient dilatées; il y avait chaleur à la peau et fréquence du pouls. Le 27 décembre, on lui prescrivit quatre sangsues à l'épigastre, du petit-lait, un lavement émollient, des fomentations émollientes sur le ventre. Le 28, il y eut continuation du même état; mais, le 29, survinrent des convulsions violentes avec perte de connaissance, puis assoupissement, perte de la sensibilité, respiration bruyante, fréquence du pouls. On prescrivit deux sangsues à chaque apophyse mastoïde, lavement purgatif, frictions sur la colonne vertébrale avec un linge rude et la pommade de Gondret; sinapismes aux pieds, bains d'enveloppe renouvellés fréquemment. Le 30 décembre, il n'y avait pas d'amélioration; et on s'aperçut que le côté droit de la face était paralysé. Les jours suivans, l'assoupissement continua, et ne fut interrompu de temps à autre que par des momens très-courts de demi-veille ou délire. On ne cessa pas d'employer les révulsifs les plus énergiques à l'intérieur et à l'extérieur. Le 3 janvier, la sensibilité aux stimulans extérieurs se réveilla; il reprit aussi un peu l'usage de ses sens; mais cette amélioration apparente ne fut pas de longue durée; et, dans la nuit du 4 au 5, il mourut sans éprouver de retour de convulsions.

Autopsie. — Habitude extérieure. — Pas d'amaigrissement marqué; tête volumineuse et couverte d'une éruption miliaire (provenant de l'application de pommade d'Anthenrieth); escarre de potasse au cou, traces de sinapismes aux cuissses et aux pieds; vésicatoires aux jambes; marques de sangsues à la tête, au cou et au ventre.

Cavité encéphalique. — Les vaisseaux cérébraux sont pleins de sang; l'arachnoïde est opaque et couverte d'une légère couche de sérosité figée; le ventricule latéral gauche contient à peu près quatre onces de sérosité; les parois et surtout la portion grise des corps striés sont considérablement ramollies et comme macérées; le ventricule droit contenait à peine une demi-once de sérosité; mais le canal vertébral en était plein. Le cerveau et le cervelet avaient moins de consistance que d'ordinaire; le lobe droit du cervelet contenait à sa partie moyenne et un peu antérieure un tubercule enkysté, ramolli à son centre, ayant la grosseur d'une aveline. *Cavité thoracique.* — Saine. *Cavité abdominale.* — L'iléon contenait plusieurs vers lombrics; il y avait de la rougeur aux endroits correspondants. J'y trouvai aussi quelques plaques dothinentériques.

Nous citerons encore deux observations fort curieuses, accompagnées de réflexions non moins intéressantes par Constant; l'une insérée dans la *Gazette médicale*, du 19 décembre 1835; l'autre dans le numéro de ce journal du 1 novembre 1834.

QUARANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Céphalalgie occipitale accompagnée de divers troubles des fonctions locomotrices et revenant à des intervalles irréguliers pendant cinq mois; puis céphalalgie générale, vomissements, délire, coma, convulsions générales. — Mort. — Tubercule du lobe médian du cervelet. — Méningite de la base et des ventricules.

Marie Brouel, âgée de huit ans, née de parens qui ont succombé à la phthisie pulmonaire, se plaignait depuis cinq mois de la tête, et éprouvait divers troubles des fonctions locomotrices lorsqu'elle fut apportée à l'hôpital le 15 juillet. Pendant les deux premiers jours la malade ne nous offrit que des signes encore incertains de la phthisie pulmonaire; le pouls était sans fréquence, la peau sans chaleur; la tête n'était le siége d'aucune douleur; l'intelligence était nette. La malade demandait instamment à se lever. Pour constater d'une manière exacte l'état de la motilité, nous fîmes habiller la malade et

l'engageâmes à marcher; mais elle ne put faire un pas sans le secours d'un aide; ses jambes se croisaient et n'exécutaient que les mouvements les plus irréguliers. Dans l'état de repos elles n'étaient cependant le siége d'aucun mouvement spasmodique. Le 18, la céphalalgie revient, et la douleur, au lieu d'être bornée à la région occipitale comme cela avait lieu depuis cinq mois, occupe la totalité de la tête; il survient en même temps des vomissements bilieux, de l'agitation, de l'insomnie; le pouls donne soixante-seize pulsations; il existe depuis plusieurs jours une constipation opiniâtre. (Lavement purgatif; sinapismes aux membres inférieurs.) Le 20, délire violent pendant la nuit, et qui cesse le matin, mais laisse chez la malade une inquiétude extrême. On ne peut approcher d'elle sans qu'elle pousse des cris; elle dit n'éprouver aucune douleur, et réclame avec instance des aliments. Le 21, pendant la nuit, criailleries continuelles auxquelles a succédé le matin un assoupissement assez profond. Pas de réponse; renversement de la tête en arrière; saillie des globes oculaires; dilatation des pupilles; demi-occlusion des paupières; persistance de la sensibilité cutanée à droite et à gauche. (Quatre sangsues derrière les orielles.) Le 22, l'assoupissement de la veille a cessé; la malade répond aux questions qu'on lui adresse, affirme ne pas éprouver de céphalalgie, quoique toute la nuit elle n'ait cessé de crier: *La tête! la tête!* La rigidité des muscles de la partie postérieure du cou persiste; les membres ne sont le siége d'aucun mouvement spasmodique; la sensibilité est conservée à droite comme à gauche; la vue est trouble, mais non entièrement abolie; le pouls s'est élevé à cent-huit; la constipation qui avait cédé il y a deux jours au lavement purgatif, est revenue. (Nouvelle application de huit sangsues aux apophyses mastoïdes; lavement émollient; sinapismes.) Le 20, nous constatons l'état suivant. *Intelligence.* Perte absolue de connaissance; coma. *Motilité.* Raideur des muscles de la partie postérieure du cou; renversement de la tête en arrière; trismus incomplet; demi-résolution des membres. *Sensibilité.* La peau répond encore aux stimulations extérieures; le pincement arrache quelques

plaintes à la malade. *Organes des sens.* Les yeux sont toujours saillans ; les pupilles dilatées ; la vue et l'ouïe sont complètement abolies. *Digestion.* La langue, dont nous apercevons la pointe, paraît naturelle ; la déglutition est encore facile ; pas de vomissements ; ventre rétracté, indolent à la pression ; pas de selles. *Circulation.* Cent-trente pulsations ; peau chaude. *Respiration.* Quarante inspirations par minute ; pas de toux. *Sécrétions.* Excrétion des urines involontaire. On prescrit l'émétique en lavage. Rien de remarquable dans la journée. A huit heures du soir convulsions générales, ronflement apoplectique. Mort à dix heures.

Ouverture du cadavre trente-trois heures après la mort, après une température de vingt-cinq degrés. État extérieur. Amaigrissement, ballonnement considérable de l'abdomen, teinte verdâtre de sa paroi antérieure ; pas de rigidité cadavérique.

Crâne. Les méninges qui recouvrent toute la partie convexe des hémisphères, sont exemptes d'altération ; mais à la base l'arachnoïde a perdu sa transparence au niveau du polygone artériel de la protubérance et d'une partie du cervelet ; la pie-mère sous-jacente est infiltrée par une petite quantité de sérosité verdâtre. Dans les ventricules nous trouvons quatre onces du même liquide, tenant en suspension quelques flocons albumineux. La membrane qui tapisse ces cavités est rugueuse, inégale et parsemée de fausses membranes de la largeur de l'ongle, qu'on peut facilement détacher ; la cloison demi-transparente est détruite ; la voûte à trois piliers est ramollie. La substance cérébrale n'offre d'ailleurs dans les hémisphères et dans les parties centrales qu'un pointillé peu vif ; les circonvolutions sont aplaties et serrées les unes contre les autres. En incisant le cervelet dans sa partie moyenne, le scalpel divise en deux portions égales un tubercule du volume d'un marron, situé au centre de cet organe. La pulpe nerveuse qui l'entoure est très-injectée, mais elle n'a subi aucune diminution notable dans sa consistance normale.

Poitrine. Ganglions bronchiques transformés en masses tu-

berculeuses dont quelques-unes sont ramollies au centre. Nombreux tubercules miliaires dans les deux poumons.

Abdomen. Les organes contenus dans cette cavité ne présentent rien de remarquable.

Résumons en peu de mots les lésions et les symptômes que nous a offerts le sujet de cette observation. Nous trouvons dans l'encéphale : 1° un tubercule occupant le lobe médian du cervelet; 2° une injection assez vive de la pulpe nerveuse; 3° un épanchement dans les ventricules, avec ramollissement des parties centrales; 4° enfin une infiltration séreuse verdâtre de la pie-mère de la base. Parmi les lésions trouvées hors du crâne, nous noterons les tubercules des glandes bronchiques et des poumons. La plus ancienne des lésions de l'encéphale, celle dont la présence a déterminé toutes les autres altérations, est sans contredit le tubercule qui a été trouvé au centre du cervelet. Il serait difficile de préciser l'époque à laquelle cette production morbide a commencé a se développer. Les personnes qui nous ont donné des renseignemens sur les antécédents de cette jeune fille ne la connaissaient que depuis cinq mois, et depuis cette époque elle présentait, à des intervalles irréguliers, des désordres de la sensibilité et la motilité qui indiquaient une lésion plus ou moins profonde de l'encéphale. Ces symptômes, que nous n'avons fait qu'indiquer dans l'observation, étaient assez remarquables pour que nous les exposions avec quelques détails. La céphalalgie, que la malade éprouvait fréquemment, avait toujours son siége à l'occiput. Tantôt elle survenait la nuit, arrachait des cris à la malade, qui appelait une surveillante, lui racontait que son oreiller lui *brûlait le derrière de la tête*, et demandait instamment qu'on lui appliquât un cataplasme sur cette partie; d'autres fois la céphalalgie surprenait cette jeune fille au milieu de ses jeux. Il était rare que la douleur de tête ne s'accompagnât pas de quelque trouble du mouvement; souvent la malade chancelait sur ses jambes comme une personne ivre, et ne pouvait faire quelques pas sans s'exposer à une chûte. Plusieurs fois, nous disait la directrice de l'établissement où résidait cette jeune fille avant son admission

à l'hôpital, on a été obligé de la porter comme un enfant au maillot; elle éprouvait surtout une grande difficulté à descendre un escalier. Nous trouvons dans quelques affections organiques du cervelet, rapportées par les auteurs, des symptômes analogues. Abercrombie rapporte un cas de tumeur cancéreuse du cervelet dans lequel *la marche était tremblante et vacillante, comme celle d'une personne qui tient en équilibre un fardeau sur sa tête*. Ces faits pathologiques confirment d'ailleurs quelques expériences physiologiques, desquelles il résulterait que le cervelet est l'organe régulateur du mouvement. Quoique la lésion du cervelet fût permanente, les symptômes se sont long-temps présentés sous forme intermittente. Les tubercules se développent d'une manière lente et restent souvent latens. Ce n'est que lorsque, à la manière d'une épine implantée dans nos tissus, ils appellent le sang autour deux, et déterminent une congestion de la pulpe encéphalique, qu'on voit apparaître différens désordres de la sensibilité et de la motilité. Ces congestions sont ordinairement passagères; elles se dissipent fréquemment, soit d'une manière spontanée, soit sous l'influence de quelques moyens curatifs; mais après s'être long-temps répétées, elles aboutissent à une phlegmasie de l'encéphale et de ses membranes, qui vient clore la scène. C'est ce qui est arrivé chez cette jeune fille; elle a succombé à une inflammation des méninges de la base et des ventricules.

Affection tuberculeuse de la protubérance cérébrale et du cervelet.

Les tubercules chez les enfans, loin d'être bornés aux organes thoraciques, comme cela s'observe dans l'âge adulte, sont susceptibles de se développer dans presque tous les points de l'économie. Ils se montrent tantôt simultanément, dans les organes glandulaires et parenchymateux; dans les membranes, les muscles; le tissu osseux lui-même en devient assez fréquemment le siége. Trois fois nous avons trouvé cette production morbide dans la protubérance cérébrale, et parmi le petit nombre de faits consignés dans la science, relatifs à cette affection du mésocéphale, la plupart ont été observés chez les enfans.

Tels sont ceux publiés par MM. Mérat (1), Giraud (2), Tonnellé (3). Dans les trois cas qui se sont offerts à notre observation, les tubercules n'étaient pas bornés à la protubérance cérébrale; il existait des productions de même nature dans plusieurs autres points des centres nerveux. Chez le sujet de l'observation que nous allons rapporter le mésocéphale et le pédoncule gauche du cervelet étaient seuls affectés. La malade a été admise à l'hôpital peu de temps après l'invasion des symptômes cérébraux. Nous l'avons observée pendant plusieurs mois. Aussi rapporterons-nous ce fait, avec quelques détails, en nous efforçant de faire ressortir le rapport qui a existé entre le altérations et les désordres fonctionnels qui en étaient la manifestation extérieure.

QUARANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Céphalalgie et accès épileptiformes au début. — Vomissements par intervalles. — Puis paralysie lentement progressive, affectant le côté droit de la face ensuite le membre pelvien droit, devenant enfin générale. — Mort après sept mois de maladie. — Tubercules volumineux de la protubérance annulaire et du pédoncule gauche du cervelet. — Diathèse tuberculeuse.

Julie Bombet, âgée de quatre ans, cheveux blonds, chairs pâles, molles, tissu cellulaire très-développé, entra à l'hôpital le 7 avril. D'après les renseignements fournis par ses parents, qui présentaient les attributs de la meilleure santé, cette jeune fille n'a eu dans son enfance ni opthalmie, ni engorgements glanduleux, ni exsudation du cuir chevelu. Elle a contracté la rougeole à trois ans, et a toussé pendant quelque temps après la disparition de cet exanthème. Elle habite Paris depuis quatre mois, et se plaint de la tête depuis deux. Avec l'invasion de la céphalalgie a coïncidé un changement notable survenu dans le caractère de la malade. Elle est devenue capricieuse, irritable, triste; elle a offert une grande tendance à l'assoupis-

(1) *Journal de médecine* de Leroux, Boyer et Corvisart, t. II.
(2) Thèse, 1818, nº 4.
(3) *Journal hebdomadaire*, nº 52.

sement. Depuis quinze jours, céphalalgie plus intense, vomissements par intervalles, accès épileptiformes caractérisés par la rigidité des membres, le renversement de la tête en arrière, la distorsion des traits et le strabisme sans écume à la bouche. Ces attaques, de quelques minutes de durée, se sont renouvelées sept à huit fois dans l'espace de quinze jours; elle en a eu la veille de son entrée. On n'a fait usage d'aucune médication. Examinée le 8 avril, deux mois après l'invasion de la céphalalgie et quinze jours après l'apparition des mouvements convulsifs, elle a offert l'état suivant : embonpoint assez notable, face rosée, intelligence nette et même très-développée; réponses justes à toutes les questions; douleur fixe vers l'union du sinciput et de l'occiput; paupières à demi closes; strabisme; distorsion de traits; déviation de la bouche à gauche, très-sensible surtout lorsque la malade parle ou qu'elle rit; l'ouïe est intacte, la vue nette, la sensibilité de la peau est égale des deux côtés; la progression est facile. Langue large et humide sans déviation notable; déglutition facile; soif médiocre; appétit conservé; endolorissement du ventre; deux ou trois évacuations dysentériques dans la matinée. Peau de chaleur naturelle; pouls régulier à cent vingt; vingt-huit inspirations; toux sèche, rare; bruit respiratoire pur à droite et à gauche; sonoréité de la poitrine normale. Les seuls phénomènes pathologiques dignes de remarque, sont la céphalalgie, la somnolence, le strabisme et la déviation de la bouche. Quant aux symptômes abdominaux, ils sont liés à une affection dysentérique intercurrente. On prescrit des pédiluves sinapisés, des boissons adoucissantes et des demi-lavements émollients. Au bout de deux jours l'affection intestinale a disparu, mais la céphalalgie persiste; elle a toujours le même siége; elle présente des alternatives de rémission et d'exacerbation, mais n'abandonne presque jamais entièrement la malade. Elle n'a manqué qu'une seule fois dans les dix-sept jours qui ont suivi son entrée à l'hôpital. La douleur de tête est quelquefois si intense, que la malade, qui se lève chaque jour et se promène dans les salles, prie instamment les personnes du service de la

transporter dans son lit. Deux fois, dans l'intervalle de dix-sept jours, elle éprouve des vomissements. On applique des sangsues derrière les oreilles ; on donne quelques grains de calomel àl'intérieur, et on continue l'emploi des pédiluves sinapisés. La malade quitte l'hôpital le 25 avril, et y rentre le 15 mai. Pendant le temps qu'elle passe auprès de sa mère, elle se plaint toujours de la tête ; le strabisme persiste. Depuis trois jours, mouvements convulsifs répétés ; dans l'intervalle, somnolence, progression difficile. Dans la matinée du 15, vomissements bilieux. Lorsque nous engageons la malade à marcher, elle tient ses jambes écartées, s'avance timidement, et étend les bras comme pour saisir un point d'appui. Elle ne peut faire que quelques pas mal assurés ; elle traîne la jambe du côté droit. Deux fois dans la journée elle est prise de mouvements convulsifs ; elle pâlit brusquement ; les yeux restent fixes ; la tête se renverse en arrière ; les membres supérieurs et inférieurs se raidissent. Ces convulsions ne durent que deux ou trois minutes : lorsqu'elles sont dissipées, la malade nous regarde d'un air hébêté, et ne tarde pas à répondre à nos questions. Dans l'intervalle, somnolence, douleur de tête, quelques soubresauts des tendons. Le 28 mai, on applique un cautère à chaque apophyse mastoïde. Les convulsions ne se sont pas renouvelées. Dans les derniers jours de mai, la malade contracte une ophthalmie purulente, affection endémique dans la salle de l'hôpital où elle est couchée. Cette ophthalmie ne se dissipe que vers la fin de juin. Le 12 et le 13 du même mois, des vomissements ont lieu avec un redoublement de la céphalalgie. On applique des sangsues aux tempes. Dans les premiers jours de juillet, la malade s'affaisse beaucoup ; elle ne peut se soutenir sur ses jambes ; elle éprouve de temps en temps des syncopes. La face pâlit ; les membres sont dans la résolution ; mais cet état se dissipe au bout de quelques secondes. Le 3 juillet, la face est pâle ; la bouche entr'ouverte laisse échapper une grande quantité de salive ; la mastication est très-difficile ; la langue est déviée à gauche. Les réponses sont tardives, difficiles ; les yeux affectés de strabisme ; les mouvements des membres très-lents ; la sen-

sibilité de la peau est conservée; cent seize pulsations, dix-huit inspirations par minute; pas de toux, ni d'expectoration; ventre souple et indolent; l'évacuation des matières fécales et des urines est volontaire : la malade prend chaque jour une petite quantité d'aliments.

Pendant les mois de juillet et d'août, la douleur de tête ne varie pas, elle est toujours fixée à la partie postérieure du sinciput; la face est amaigrie et présente un aspect hideux; les paupières sont demi-closes; les yeux convulsés; la bouche est sans cesse entr'ouverte, et de la commissure des lèvres s'écoule une salivation abondante que la malade ne peut retenir; les aliments introduits dans la cavité buccale s'échappent en grande partie; les réponses sont justes mais mal articulées et presque inintelligibles; la sensibilité de la peau est conservée, mais les mouvements des membres sont très-bornés; les muscles extenseurs des doigts semblent prédominer sur les fléchissures, ce qui détermine un peu de renversement des doigts et de la main entière sur la face dorsale de l'avant-bras; décubitus à droite; somnolence habituelle. Du reste, la respiration ne paraît pas gênée, elle varie de vingt-huit à trente-deux; le pouls faible mais régulier reste entre cent douze et cent vingt; la diarrhée, après avoir duré toute la dernière quinzaine de juillet, cesse le 7 août, pour reparaître quelques jours plus tard. Du reste, pas d'incontinence des matières fécales et de l'urine. Depuis les derniers jours d'août jusqu'au 16 septembre, jour de la mort, la paralysie est devenue générale; elle affecte à la fois les muscles de la face, du cou et des membres; la bouche reste toujours entr'ouverte et laisse échapper la salive et les aliments qu'on cherche à y introduire; la mastication est devenue impossible; la malade ne peut plus se maintenir sur son séant; la tête ne peut rester dans sa rectitude naturelle; elle penche tantôt à droite, tantot à gauche, suivant les mouvements qu'on lui imprime; les membres inférieurs retombent comme une masse inerte; les supérieurs exécutent encore quelques mouvements extrêmement bornés; du reste, la sensibilité de la peau n'est point abolie, ainsi que l'intelligence; la malade nous recon-

naît encore et prononce quelques mots mal articulés et inintelligibles. Les paupières sont paralysées; l'ouïe et la vision sont conservées. Elle meurt sans agonie et sans convulsions dans le dernier degré du marasme.

Autops. cadav. Les téguments du crâne sont à peine injectés; le cerveau remplit toute la cavité de la dure-mère; le sinus longitudinal supérieur est vide de sang; la surface de l'arachnoïde est humide; le réseau vasculaire de la pie-mère est assez fortement injecté; les méninges se détachent partout de la surface des circonvolutions et ne contiennent ni granulations ni tubercules; les glandes de Pacchioni sont peu développées et se montrent sous la forme de petites plaques formées de grains blanchâtres, siégeant dans le voisinage de la grande scissure; une médiocre quantité de sérosité est infiltrée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; les circonvolutions sont aplaties; la substance corticale de couleur et de consistance normales; la substance blanche est généralement mollasse, sans injection notable; les ventricules latéraux, de capacité moyenne, ne contiennent qu'une cuillerée de sérosité limpide; la cloison qui les sépare est intacte; la consistance de la voûte à trois piliers paraît un peu diminuée. La protubérance annulaire est envahie dans presque toute son épaisseur, et surtout dans sa moitié gauche, par un tubercule cru, du volume d'une grosse noix, d'un blanc légèrement jaunâtre, dont la coupe offre l'aspect farineux de la pomme de terre; la surface de ce tubercule est inégale; la pulpe nerveuse qui la recouvre de toutes parts est ramollie dans la profondeur d'une ligne environ. Un autre tubercule, enkysté et ramolli au centre, d'un blanc verdâtre, de même volume que le précédent, occupe le centre du pédoncule gauche du cervelet, dans la substance duquel il est comme enchatonné : la pulpe nerveuse qui l'entoure est également ramollie dans la profondeur d'une demi-ligne; mais le ramollissement est blanc, tandis que la substance cérébrale, ramollie autour de l'autre tubercule, offrait une teinte rouillée. Les autres parties de l'encéphale ne présentent pas d'altération.

Cou et poitrine. Larynx, trachée et bronches à l'état sain;

tubercule d'un ganglion bronchique; adhérences celluleuses au sommet du poumon droit, qui contient quelques tubercules disséminés dans ses trois lobes; le poumon gauche ne présente qu'un simple engouement de la partie postérieure. Rien de remarquable dans le cœur et son enveloppe.

Abdomen.— Foie peu volumineux, d'un rouge brun, gorgé de sang; bile pâle; même congestion des reins. Rate à l'état sain. L'estomac, d'un très-petit volume, offre des rides nombreuses à sa surface interne; la muqueuse est d'une assez bonne consistance. Celle de la première moitié de l'intestin grêle est amincie, mais conserve encore assez de ténacité. Cinq ulcérations lenticulaires existent vers la fin de l'iléon; les follicules isolés et agminés n'offrent pas de saillie anormale. La muqueuse du gros intestin présente çà et là quelques arborisations assez fines; sa consistance est notablement diminuée. Le calibre de l'intestin est rétréci; deux ou trois ganglions mésentériques sont tuberculeux.

Cette malade est restée soumise à notre observation pendant l'espace de cinq mois : nous avons en quelque sorte assisté au développement de la maladie; nous en avons pu observer la marche, la durée et la terminaison. Lorsque nous la vîmes pour la première fois, la céphalalgie, les vomissements, les convulsions, le strabisme, la déviation de la bouche, le changement brusque survenu dans le moral ne permirent pas de révoquer en doute l'existence d'une lésion organique du cerveau; mais quelle en était la nature, quel en était le siége? c'est ce qu'il était difficile de préciser d'une manière rigoureuse. Nous fûmes portés à soupçonner une affection tuberculeuse du cerveau. L'apoplexie est extrêmement rare à cet âge. D'ailleurs les symptômes qui avaient marqué l'invasion de la maladie, puis la paralysie lentement progressive, excluaient toute idée d'hémorrhagie cérébrale. Le ramollissement du cerveau est rare comme lésion primitive. Dans tous les cas que nous en avons observé depuis deux ans, il a toujours été consécutif à des produits accidentels, tubercules on tumeur fongueuse du cerveau. Cette dernière lésion organique ne s'est

offerte qu'une seule fois à notre observation. Relativement au siége, la paralysie du côté droit de la face, puis celle du membre pelvien du même côté, qui se manifestèrent à une époque peu éloignée du début, nous portèrent à soupçonner l'existence du produit accidentel dans la partie gauche de l'encéphale. C'est en effet dans le pédoncule gauche du cervelet que siégeait l'un des tubercules; quant à celui du mésocéphale, il occupait la totalité du côté gauche, et avait envahi une partie seulement du côté droit. Ce ne fut que dans le dernier mois de la vie, alors que la paralysie devint générale, que nous soupçonnâmes une lésion de la protubérance.

Essayons de résumer les principaux symptômes, et de les rapprocher des lésions constatées sur le cadavre. Les désordres fonctionnels les plus graves ont porté sur la motilité. Des mouvements convulsifs ont eu lieu au début, et se sont renouvelés ensuite à des intervalles plus ou moins éloignés. Ils n'ont pas tardé à être suivis de paralysie. Le côté droit de la face d'abord, puis le membre inférieur droit, ont été privés de mouvement. Plus tard la paralysie s'est manifestée dans le membre inférieur gauche, le cou et l'autre côté de la face. Les mouvements de la langue étaient extrêmement difficiles; la mastication était devenue impossible dans les derniers temps, aussi la malade tomba-t-elle dans un marasme effrayant, et trouvâmes nous, à l'autopsie, le calibre de l'estomac et des intestins notablement diminué. La malade mourut de faim. Les membres supérieurs furent affectés les derniers. Peu de jours avant sa mort la malade exécutait encore quelques mouvements, mais extrêmement bornés. Dans tous les cas d'hémorrhagie, de ramollissement, d'atrophie ou de productions accidentelles de la protubérance annulaire, rapportés par les auteurs, la paralysie a été indiquée. Elle était bornée à un seul côté, lorsque le mésocéphale n'était altéré que dans une de ses moitiés. C'est surtout dans les membres inférieurs qu'elle a été notée, ainsi que chez le sujet de l'observation précédente. Dans le cas rapporté par M. Combette, relatif à une jeune fille chez laquelle il a observé une absence complète du mésocéphale, il y avait affaiblissement des membres inférieurs seulement. Dans les cas

d'atrophie et d'induration de la protubérance, publiés par Gall (1) et E. Home, les malades avaient été privés pendant la vie de l'usage de leurs membres inférieurs. Le seul cas exceptionnel que nous connaissions est celui rapporté par M. Nonat (2), relatif à une hémorrhagie de la protubérance, dans laquelle il y avait perte des mouvements des membres supérieurs, les membres pelviens conservant leur myotilité. Quant à la paralysie des muscles de la face, elle a été notée dans les cas rapportés par Abercrombie, Yelloli, Nonat et Carré. La paralysie de la langue a été signalée par MM. Bérard, Cruveilhier et Carré. Dans le cas qui nous occupe, comme dans ceux qui ont été rapportés par les auteurs, les lésions de la sensibilité ont été moins tranchées que celles de la myotilité (3). La malade a été affectée, pendant tout le cours de la maladie, d'une céphalalgie intense; la sensibilité de la peau n'a jamais été exagérée, ni jamais complétement abolie, ce qui confirme cette proposition de M. Ollivier d'Angers : « Les paralysies qui résultent d'un épanchement dans la protubérance cérébrale, sont toujours bornées au mouvement, parce que la rupture intéresse seulement les faisceaux antérieurs de la molele. » Dans les cas que nous avons analysés, nous avons trouvé quatre malades chez lesquels l'intelligence est restée à peu près intacte, quoique la lésion anatomique fût très-grave.

Le diagnostic de toutes ces productions ne peut donc être qu'obscur, difficile sinon absolument impossible. C'est aussi l'opinion de M. le docteur Gibert, à qui nous empruntons les observations suivantes :

QUARANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Tubercules du cervelet avec hydrocéphale et congestion cérébrale. — Pneumothorax et atrophie du poumon gauche.—Gastrite légère (4).

Jean Philippon, âgé de sept ans, était malade depuis huit

(1) *Sur les fonctions du cerveau et sur celle de chacune de ses parties.* Paris, 1825, t. II, pag. 246.

(2) *Lancette française*, 1832, pag. 501.

(3) Voir l'observation cinquième.

(4) *Revue médicale*, juin 1828.

jours; vomissements au début, céphalalgie, sensibilité du ventre dans la région épigastrique ; quelques sangsues furent appliquées en cet endroit et firent cesser les vomissements; mais la céphalalgie continua à faire des progrès. Bientôt il survint de l'assoupissement, interrompu à certains intervalles par des réveils en sursaut, des cris qui étaient eux-mêmes suivis de perte de connaissance. L'enfant entra à l'hôpital le 20 mai 1819, dans l'état suivant : abolition des facultés intellectuelles depuis vingt-quatre heures; pupilles dilatées et insensibles, œil gauche habituellement fermé, serrement des mâchoires, parfois grincement des dents ; pouls légèrement accéléré. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) Dans la soirée, quelques plaintes, surtout lorsqu'on presse le ventre. Le 21, même insensibilité des pupilles, pouls fréquent, chaleur à la peau, respiration naturelle; constipation, urines rares. (*Tisane de chiendent nitrée, deux sangsues derrière chaque oreille, sinapismes aux pieds; calomel, deux grains en deux doses; lavement avec miel mercuriale, une once.*)

Le 22, pupille gauche plus dilatée que la droite, mais également insensible; plaintes accompagnées de quelques paroles vagues, au moindre mouvement; paralysie incomplète du côté droit du corps, langue humide, mâchoires moins serrées; déglutition facile, pouls très-fréquent, respiration tranquille, pommettes colorées. (*Calomel, trois grains; lavement avec miel de mercuriale, une once et demie; un vésicatoire sur la tête.*)

Le 23, évacuation d'une petite quantité d'urine, selles rares, raideur dans les membres, respiration gênée, bruyante; pupille gauche très-dilatée, pouls excessivement fréquent, chaleur à la peau. (*Frictions sur les tempes et la nuque avec deux gros d'onguent mercuriel.*) Mort dans la soirée.

Autopsie. — Tête. Injection considérable des vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau. Les ventricules contenaient une petite quantité de sérosité légèrement trouble; il y en avait davantage à la base du crâne et dans le canal vertébral. Le tissu sous-arachnoïdien environnant les nerfs optiques, était légèrement infiltré de sérosité et donnait une apparence trou-

ble à l'arachnoïde. Le lobe droit du cervelet adhérait dans une petite étendue à la fosse occipitale correspondante; là, le tissu cérébelleux était ferme et d'un blanc terne; un tubercule du volume d'une noisette occupait l'épaisseur de la substance des ciıconvolutions : ce tubercule, d'une consistance lardacée, était entouré d'une lame membraneuse qui lui servait de kyste. Dans l'hémisphère gauche du cervelet, se trouvait un second tubercule plus volumineux, mais de nature et de disposition semblables.

Thorax. Poumon gauche diminué de volume d'une manière remarquable et affaissé. La plèvre offrait quelques adhérences celluleuses anciennes; il semblait que, pendant la vie, la cavité pleurale eût contenu un fluide gazeux et n'eût pas été complétement remplie par le poumon, qui du reste était sain et crépitant. Le poumon droit était volumineux, en bon état et remplissait parfaitement la cavité destinée à le contenir; le côté droit du cœur était distendu de sang en caillots noirs.

Abdomen. La muqueuse de l'estomac, aux environs du cardia, était injectée et d'une teinte rose; les intestins grêles n'avaient rien de particulier; les gros intestins contenaient beaucoup de matières fécales endurcies, quelques adhérences anciennes se remarquaient entre l'épiploon et l'hypogastre, et d'autres aux environ du foie; la vessie renfermait un peu d'urine sédimenteuse.

QUARANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Tubercules du cervelet, coïncidant avec une hydrocéphale chronique.

Louis Tabary, âgé de trois ans et demi, entra à l'hôpital le 10 janvier 1819. Ce jeune enfant, à l'égard duquel il fut impossible d'obtenir aucun renseignement précis, était atteint d'une paraplégie complète, sans aucun vice de conformation de la colonne vertébrale. Il avait le front saillant et étroit, le crâne assez développé en arrière et peu d'intelligence; cependant il avait par fois de la gaieté, paraissait sensible aux caresses et demandait tout ce dont il avait besoin. Les fonctions digestives étaient en bon état. On appliqua sans succès un moxa

à la région lombaire. Dans le courant de mars, le petit malade maigrit d'une manière remarquable; l'appétit se perdit, et, chaque fois qu'il buvait, il appelait bien vite pour demander un vase afin de vomir. L'affaiblissement fit des progrès; la maigreur devint très-grande, surtout à la face. L'enfant poussait des plaintes aussitôt qu'on le touchait; il expira enfin le 18 mai, après avoir été pendant plusieurs jours presque mourant.

Autopsie. Le cerveau mis à nu était fluctuant, et les hémisphères paraissaient soulevés par un liquide. En effet, les ventricules latéraux ayant été ouverts, il en sortit environ six onces de sérosité parfaitement limpide et tout-à-fait semblable à de l'eau. La cloison transparente n'était pas rompue, elle se prolongeait assez loin en arrière, entre le corps calleux et la voûte à trois piliers; en avant, elle était très-mince. Toutes les éminences de la surface des ventricules étaient fort élargies; le cervelet adhérait à gauche à la fosse occipitale; l'hémisphère gauche de cet organe, très-consistant, contenait deux masses de matière tuberculeuse du volume d'une petite noix; ces tubercules étaient à demi ramollis, sans apparence d'organisation, et environnés d'une portion de substance cérébrale endurcie qui leur servait en quelque sorte de kyste; mais on n'y voyait pas de membrane proprement dite. Les poumons et le mésentère étaient farcis de tubercules; les autres organes dans l'état ordinaire.

CINQUANTIÈME OBSERVATION.

Tubercules du cervelet. — Arachnitis chronique et hydrocéphale.

Louis Laplanche, âgé de cinq ans, entra à l'hôpital dans les premiers jours de janvier 1819. Il avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de quatre ans; mais à cette époque, il survint des convulsions dont les accès se renouvelèrent plusieurs fois dans l'espace de huit jours. Dès-lors aussi l'enfant perdit l'usage de la parole et la faculté de mouvoir ses membres; la tête acquit en peu de temps un volume considérable, et les fonctions intellectuelles diminuèrent beaucoup d'activité.

A l'époque de son arrivée, le petit malade offrait l'état sui-

vant : Tête volumineuse, ayant vingt trois pouces de circonférence, douze pouces d'avant en arrière, depuis le front jusqu'à la bosse occipitale, huit pouces transversalement d'une bosse pariétale à l'autre, six pouces depuis le menton jusqu'à la partie supérieure du front. Cette dernière région était large et formait un angle saillant en avant. Taille de trois pieds trois pouces; état général de langueur et d'inertie, sensibilité obtuse, impossibilité de se tenir sur les jambes, d'ailleurs bien développées; yeux sans expression et se fixant rarement sur un objet. L'enfant ne savait prononcer que quelques mots, et répondait à peine aux questions qu'on lui adressait; parfois il souriait lorsqu'on l'excitait. Sommeil prolongé, fonctions digestives intactes; mais évacuations involontaires d'urine et de matières fécales. Vers le 15 janvier, il parut quelques pustules de varicelle aux cuisses; d'autres se développèrent au bras et à la face, et au bout de quelques jours les membres inférieurs en furent couverts; le pouls était habituellement petit et fréquent, la respiration facile et libre. Le 5 février, raideur des membres lorsqu'on veut lever l'enfant; cris, diarrhée. Le 14, toux sèche, mouvement fébrile. Le 16, le petit malade tomba de sa chaise et se fit une meurtrissure au front. On crut remarquer un peu d'assoupissement par suite de cet accident. Le 6 mars, affaiblissement, continuation de la diarrhée. (*Rhubarbe en poudre, douze grains, vin anti-scorbutique.*) Une tumeur glanduleuse se forme sur le côté droit du cou, sans changement de couleur à la peau. Les 7 et 8, toux fréquente et sèche, fièvre, inappétence. (*Infusion de mauve, julep gommeux, un vésicatoire à la poitrine.*) Le 15, la tumeur du cou présente une fluctuation évidente derrière le muscle sterno-mastoïdien, toujours sans changement de couleur à la peau. Un morceau de potasse caustique y est appliqué, et l'escarre qui en résulte s'étant détachée au bout de deux jours, donne issue à une matière purulente copieuse. Le 1er avril, léger assoupissement, céphalalgie. (*Poudre de digitale et calomel, de chaque trois grains; eau vineuse pour boisson.*) Le 11, toux

fréquente, accompagnée de fièvre, abattement, tremblement général, augmentation de la céphalalgie, inappétence. (*Julep gommeux éthéré, sinapismes aux pieds.*) Le 16, exaspération de tous les symptômes précédents; convulsions par intervalles, respiration gênée, rougeur de la pommette droite; matité du côté droit de la poitrine, soubresauts des tendons, fréquence et irrégularité du pouls. Mort le 17, à cinq heures du matin.

Autopsie. Une grande quantité de sérosité s'écoula par la section du crâne, et lorsqu'on découvrit le cerveau, vingt-quatre heures après qu'on eut scié la tête, ses hémisphères étaient affaissées sur eux-mêmes : il restait un vide entre la voûte crânienne et le cerveau. Les ventricules latéraux formaient deux très-larges cavités; il y restait encore quelques cuillerées de sérum limpide. On évalua à dix ou douze onces la quantité de liquide que pouvaient contenir ces cavités. La cloison transparente était en partie détruite, elle paraissait avoir résisté quelque temps à la distension, car ses débris avaient une certaine étendue; le corps calleux était très-aminci; toutes les éminences qui se trouvent dans les ventricules étaient fortement prononcées, telles que les couches des nerfs optiques, etc.; les commissures antérieure et postérieure avaient cédé sans se rompre; les couches des nerfs optiques étaient très-écartées l'une de l'autre, et la lame grisâtre qui les unit était en partie déchirée; au-dessous de la commissure antérieure, sur les couches optiques, se remarquaient deux petites éminences arrondies, ressemblant aux éminences mamillaires; mais leur situation était un peu différente. L'acquéduc de Sylvius n'avait pas changé de diamètre; un peu de pus liquide se rencontrait en avant des cavités des ventricules; sur la surface externe de l'arachnoïde, en bas des fosses temporales, il y avait surtout à droite, du pus en abondance, bien liquide et blanc; sur la convexité des deux hémisphères, au contraire, le pus se trouvait au-dessous de l'arachnoïde, placé entre cette membrane et la pie-mère. Le lobe droit du cervelet était adhérent au crâne, dans la fosse occipitale inférieure; cette partie était diminuée de volume et très-ferme; incisée, on trouva qu'elle était presque complète-

ment formée de matière tuberculeuse, d'un blanc mat : on ne voyait qu'une couche mince de substance cérébrale qui l'entourait. Les anfractuosités n'étaient pas aussi profondes que dans l'état normal, mais elles n'étaient pas effacées d'une manière sensible. Dans le thorax, on remarquait des adhérences celluleuses anciennes à droite; le poumon de ce côté était sain, crépitant, mou, d'une couleur seulement un peu altérée; à gauche, le poumon était engoué dans sa partie inférieure, peu crépitant, assez ferme, mais surnageant encore; la plèvre, évidemment enflammée, était revêtue de fausses membranes, blanches et adhérentes. Les viscères de l'abdomen se trouvaient parfaitement sains.

Les trois observations qui précèdent offrent, sous plusieurs rapports, beaucoup d'analogie entre elles. Dans toutes les trois, les tubercules du cervelet ont été accompagnés d'un épanchement séreux dans l'arachnoïde cérébrale, et se sont trouvés compliqués soit d'une congestion encéphalique, soit d'une inflammation lente des méninges, en sorte que les symptômes de ces diverses affections ont été tellement confondus, qu'il a été impossible d'établir un diagnostic précis, et de distinguer parmi les signes communs aux maladies cérébrales, ceux qui devaient appartenir à l'une ou à l'autre en particulier; mais à part cette ressemblance extérieure, chacune des maladies décrites plus haut offrait des différences, comme les individus eux-mêmes qui en étaient atteints. La première, en effet, ne dura que dix ou onze jours, et il faut admettre qu'un aussi court espace de temps a suffi, dans ce cas, pour la formation de tubercules dans les deux hémisphères du cervelet, si l'on n'aime mieux supposer, que cet organe dût être déjà malade, l'individu conservant l'apparence de la meilleure santé. Dans la seconde observation, l'hémisphère gauche du cervelet était tuberculeux, et les poumons ainsi que le mésentère se trouvaient dans un état semblable. La maladie dura plusieurs mois. Chez l'enfant qui fait le sujet de la dernière observation, une hydrocéphale chronique existait depuis plus d'un an; des convulsions se manifestèrent au début, et une paralysie générale

en fut la suite. Une chute sur la tête, arrivée un mois avant la mort, parut coïncider avec la naissance des symptômes d'une arachnitis; en effet on trouva à l'autopsie, du pus dans les méninges, un tubercule dans le lobe droit du cervelet, et un épanchement abondant de sérosité dans le crâne.

Ce résumé suffit pour faire voir que si les observations rapportées plus haut présentent de l'intérêt, sous le rapport de la nosologie et de l'anatomie pathologique, elles ne peuvent fournir que peu de lumière sur l'étiologie et le diagnostic des tubercules du cervelet. Il faut attendre qu'un plus grand nombre de faits viennent éclaircir ce point encore obscur, en permettant de tirer des inductions générales applicables à ces lésions, dont l'histoire est peu connue et éloignée encore du niveau des autres connaissances sur les maladies cérébrales.

Voici encore l'analyse de cinq observations analogues recueillies par M. Duplay (1). Dans les cinq cas, il y eut paralysie du côté opposé à l'altération existante dans le cervelet. Elle débuta d'une manière instantanée dans un cas d'hémorrhagie, et eut lieu d'une manière graduée dans les quatre autres où il était question de tubercules ou de ramollissements. Cette paralysie a, dans tous ces cas, porté sur les membres, et dans trois pareillement sur les muscles de la face : la bouche était déviée dans ces trois cas; dans deux, la paupière supérieure était tombante; dans deux, il y avait perte de la vue et de l'ouïe; dans trois abolition de la sensibilité cutanée; simple perversion dans deux; dans aucun, paralysie de la langue. Dans quatre, céphalalgie occipitale. L'intégrité de l'intelligence existait d'ailleurs dans tous les cas. Enfin, dans aucun on n'a remarqué de phénomènes particuliers du côté des organes génitaux.

La plus grande obscurité règne également relativement à la présence des acéphalocystes dans la cavité crânienne. Toutefois, les phénomènes qui en dépendent ont une parfaite analogie avec ceux que déterminent les autres productions accidentelles. (Paralysie locale ou générale, perte d'un ou de plusieurs sens,

(1) *Archives de médecine*, cahiers de novembre et décembre 1836.

coma, etc.) Ces derniers produits, auxquels on a néanmoins accordé une sorte d'existence propre, finissent aussi par déterminer une phlegmasie circonvoisine. On trouve aux autopsies une ou plusieurs tumeurs isolées ou réunies par un pédicule très-ténu, de la grosseur d'un pois, d'un grain de raisin, d'un œuf, transparentes ou opalines, renfermant une sérosité limpide. Quelquesfois invaginées les unes dans les autres. La partie du cerveau en contact avec elles, est lisse, polie et revêtue d'une membrane qu'il est possible de détacher. Ces productions sont particulièrement communes parmi l'espèce ovine et y déterminent la maladie connue sous le nom de tournis.

§ IV. — APOPLEXIES, HÉMORRHAGIES CÉRÉBRALES.

L'hémorrhagie cérébrale est extrêmement rare chez les enfants. Constant (1), dans sa relation clinique de l'hôpital des Enfants, assurait que M. Guersant, dans ses vingt années de pratique médicale, soit en ville, soit à l'hôpital, n'avait observé, dans le jeune âge, que deux cas d'accidents analogues. Voici du reste une des observations dont il s'agit.

CINQUANTE-UNIÈME OBSERVATION.

Hémorrhagie cérébrale chez un enfant de onze ans. — Hémiplégie gauche. — Saignées répétées au début. — Vésicatoire à la nuque. — Puis purgatifs à des intervalles assez rapprochés. — Douches sulfureuses. — Diminution progressive de la paralysie. — Guérison presque complète au bout de cinq mois.

Bérette, âgé de onze ans, rue des Prêcheurs, n° 10, est transporté, le 12 septembre, à l'hôpital, atteint d'une hémiphégie gauche. Doué d'une constitution médiocrement forte, d'un tempérament nervoso-sanguin, ce garçon n'a eu, pendant son enfance, ni engorgement de ganglions cervicaux, ni exsudation du cuir chevelu, ni ophtalmie. Il porte des traces évidentes de vaccine; il a eu la rougeole et la coqueluche. A ces maladies près, qui n'ont offert aucune gravité, il a joui

(1) *Gazette médicale*, du 15 février 1834.

d'une bonne santé jusqu'à l'âge de dix ans. A cette époque, il a été pris d'accès de migraine qui se sont renouvelés assez fréquemment pendant une année. La douleur de tête avait constamment son siége à droite; elle était presque toujours accompagnée de vomissements, et quelquefois de vertiges et de troubles de la vision. Le 12 août 1833, après un repas ordinaire, il retourne à ses jeux, au milieu desquels il est pris tout-à-coup de céphalalgie, de vertige; il perd connaissance, tombe, et on le relève hémiplégique. Des vomissements abondants ont lieu après l'attaque. Il reprend connaissance au bont d'un quart d'heure; mais il offre une déviation très-prononcée de la bouche; l'articulation des sons est extrêmement difficile; les membres du côté gauche sont entièrement privés de mouvement. Une saignée du bras fut pratiquée le jour même. Dans les jours qui suivent, on appliqua jusqu'à cinq fois des sangsues, soit derrière les oreilles, soit au fondement. Plus tard on eut recours à l'application d'un vésicatoire à la nuque. Sous l'influence de cette médication, la parole devint tout-à-fait libre au bout de trois semaines; la déviation de la bouche diminua, mais la paralysie des membres ne subit aucune modification. Ces renseignemens nous ont été fournis par le malade, qui est doué de beaucoup d'intelligence; et ils ont été entièrement confirmés par sa grand-mère, qui a suivi la maladie depuis l'invasion jusqu'au moment où le malade est entré à l'hôpital.

La mère de cet enfant est douée d'une forte constitution, elle n'a jamais éprouvé aucune affection des centres nerveux. Le père fut pris, à la suite d'une vive frayeur, qu'il éprouva pendant les événements de juillet, d'une affection cérébrale, qui dégénéra en aliénation mentale. Il est mort à Bicêtre dans le service des aliénés; un an après l'invasion des premiers accidents. Le garçon a les cheveux d'un blond ardent, les yeux bleus, la peau habituellement pâle, se couvre d'un vive rougeur par suite de la plus légère émotion.

Lè 13 septembre, un mois après l'invasion de l'hémiplégie, Berette nous offrit l'état suivant · décubitus dorsal, face rouge animée pendant qu'il nous raconte les différentes cir-

constances de sa maladie, intelligence nette, articulation des sons distincte, déviation de la bouche à droite, surtout lorsque le malade rit; pupille droite dilatée, lentement contractile, pupille gauche naturelle, vision moins nette à droite qu'à gauche, membres supérieur et inférieur du côté gauche entièrement privés de mouvement; lorsqu'on les soulève et qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils retombent comme une masse inerte. Les doigts sont contractés, le malade ne peut ni les étendre ni les fléchir. La sensibilité est égale de part et d'autre. Les membres paralysés ont une température moins élevée que ceux du côté opposé, l'atrophie est peu marquée. Il n'existe aucune douleur. Il n'y a point aujourd'hui de céphalalgie, mais, il y a huit jours, le malade a éprouvé un accès de migraine, accompagné de vomissements, c'est le seul depuis l'invasion de l'hémiplégie; le pouls est plutôt lent qu'accéléré, soixante-quatre pulsations par minute : la peau est de couleur naturelle; le cœur n'offre ni impulsion ni bruit anormal; les voies digestives sont en bon état; la langue qui n'offre pas de déviation notable, est large et humide; appétit conservé; ventre indolent, constipation habituelle; pas de trouble de l'appareil respiratoire, l'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des signes négatifs. (Huile de ricin, quatre once; bouillon aux herbes); deux évacuations abondantes.

Le 16, céphalalgie sus-orbitaire, face très-rouge, pouls à quatrevingt-seize. (Même purgatif.)

Le 21 et le 28, la même médication est employée; le 29, amélioration sensible. Le malade peut exercer quelques mouvements avec le membre inférieur gauche; ceux du membre supérieur sont beaucoup plus bornés. Nous l'engageons à se lever et à essayer de marcher. Il fait en effet quelques pas, appuyé sur le bras de sa mère, il traîne la jambe gauche.

Le 8 octobre, il fléchit la jambe gauche sur la cuisse, mais il ne peut soulever le membre lorsqu'il est dans l'extension.

Le 10, céphalalgie générale, nausées sans vomissements, pouls à cent pulsations. On supprime les aliments, on ne permet que les bouillons; le lendemain, la céphalalgie a disparu.

e 22, le bras droit commence à exécuter quelques légers mouvements; on continue les purgatifs qui sont administrés tous les sept ou huit jours.

Le 2 novembre, le malade commence à marcher sans appui; les jours suivants, il se lève et se promène de temps en temps dans la salle. On commence l'usage des douches sulfureuses.

On continue la même médication jusqu'au 12 janvier 1834, jour de sa sortie. A cette époque, les mouvements du membre inférieur sont assez libres; le malade peut courir. Quant à ceux du membre supérieur, ils sont un peu plus bornés; les doigts restent toujours contractés; les mouvements sont lents; le malade a de la peine à saisir un corps, mais il peut porter son bras sur la tête, et lui imprimer toute sorte de mouvements.

L'hémorrhagie cérébrale est une maladie extrêmement rare chez les enfants. A peine en trouve-t-on huit à neuf cas déposés dans les annales de la science. M. Rochoux dans ses recherches sur l'apoplexie, et M. Andral dans son *Traité d'anatomie pathologique*, en ont présenté le résumé. M. Guersant, dans ses vingt années de pratique, soit en ville, soit à l'hôpital des Enfants malades, n'en a recueilli que deux observations. Il importe de distinguer l'hémorrhagie des centres nerveux, de cette affection que M. Serres a décrite sous le nom d'*apoplexie méningée*, et qui selon nous n'est qu'une variété de la méningite aiguë. Cette dernière maladie n'est pas très-rare chez les enfants. Pour notre compte, nous l'avons observée deux fois dans le cours de cette année. Quoi qu'il en soit, les phénomènes pathologiques bornés à un seul côté du corps, que nous a présentés ce malade, se rattachent d'une manière non douteuse à une hémorrhagie de l'hémisphère droit du cerveau. L'invasion subite, instantanée de la paralysie, qui acquiert dès le début son plus haut degré d'intensité, qui reste stationnaire pendant quelques mois, et décroît ensuite d'une manière lente et progressive, ne laisse aucun doute sur la nature de cette affection. La marche de la maladie n'a pas été celle du ramollissement cérébral, que les antécédens pouvaient faire soupçonner. Quant à l'existence de tubercules

dans le cerveau, rien ne nous a porté à les soupçonner chez cet enfant, qui n'a offert aucun signe de la diathèse tuberculeuse. Ces dernières réflexions appartiennent aussi au docteur Constant.

On trouvera parmi nos observations un cas d'hémorrhagie cérébrale et d'apoplexie par cause externe (chute, fracture du crâne, déchirure de la substance cérébrale, épanchement sanguin, obs. 8). En pareille circonstance les symptômes apoplectiques s'unissent et se combinent à ceux de l'encéphalite. L'hémorrhagie cérébrale circonscrite spontanée a particulièrement été très-peu observée à cette époque de la vie. Billard n'en rapporte qu'un cas relatif à un enfant de trois jours, qui avait offert les symptômes ordinaires de l'apoplexie, et à l'autopsie duquel on trouva un épanchement sanguin situé sur les parties latérales du corps strié gauche.

M. Valleix (1) expose avec détail une observation intéressante, qui lui a été communiquée par M. Vernois, concernant une hémorrhagie cérébrale avec foyer apoplectique dans la couche optique *droite*, ayant présenté pour symptôme pendant la vie une hémiplégie *gauche* survenue instantanément. Le sujet de cette observation était âgé de deux jours.

Dans une seconde observation rapportée par le même auteur, il est question d'une hémorrhagie dans le corps strié, mais cette fois les symptômes de cette affection s'étaient, pour ainsi dire, perdus parmi ceux qui appartenaient à l'œdème des nouveau-nés.

Enfin, dans un troisième cas, M. Valleix donne la description de points rouges disséminés dans une portion de la substance cérébrale ramollie, représentant des petits foyers sanguins, tels qu'on les a rencontrés quelquefois chez l'adulte et qui constituent la forme de l'apoplexie à laquelle on a donné le nom d'*apoplexie capillaire*. Cet enfant, ainsi que celui du fait précédent, était immobile et affaissé.

M. Cruveilhier (article *Apoplexie*, du dictionnaire en 15 vol.)

(1) Ouvrage cité.

a le premier parlé de l'apoplexie capillaire survenant tout-à-coup, caractérisée par une infiltration sanguine et la dissémination de petits caillots et ecchymoses, sans ramollissement de la substance cérébrale. M. Diday (*Gazette médicale* du 22 avril 1837) établit aussi que cette maladie est le résultat d'une congestion hémorrhagique, mais selon lui bornée à la substance grise; ce qui est démenti par l'observation de M. Valleix. Notre quinzième observation peut être considérée comme un cas mixte appartenant tout à la fois à la phlegmasie et à l'hémorrhagie cérébrales, mais alors à l'hémorrhagie capillaire. Billard (page 677), dit avoir rencontré une fois de petits épanchements sanguins disséminés dans les deux hémisphères.

L'hémorrhagie cérébrale, quelque rare qu'elle soit chez les très-jeunes enfants, l'est encore davantage chez ceux qui ont vécu quelques années, de trois à douze ans, par exemple (1).

M. Breschet dit (2) avoir trouvé souvent des apoplexies chez les nouveau-nés, soit que le sang ait pénétré et distendu outre mesure tous les vaisseaux de l'encéphale, soit que les méninges fussent fortement injectées, soit enfin que le sang formât un épanchement dans la substance cérébrale. La dernière de ces assertions est particulièrement en opposition avec l'opinion de la plupart des autres observateurs; elle aura dû être suggérée à M. Breschet, par la rencontre de quelques faits où des enfants mort-nés auraient été soumis pendant le travail de la parturition à quelques violences résultant de l'application du forceps.

(1) On verra plus loin qu'en parlant des accidents, suites des convulsions chez les enfans, nous citons les paralysies partielles plus ou moins durables, et que parmi les explications de ces accidents nous parlons de la *probabilité* de congestions ou d'hémorrhagies limitées, partielles, n'ayant pas d'autres conséquences et dont il serait par conséquent impossible de constater positivement la réalité. S'il en était ainsi, si cette supposition pouvait être fondée, si les accidents en question tenaient toujours à cette cause, il faudrait donc dire que ces sortes d'hémorrhagies seraient au contraire assez fréquents dans le jeune âge,

(2) *Dict. de méd.*, en 21 vol., article HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

Il est une sorte d'hémorrhagie qui n'est rien moins que rare chez les enfants, mais toutefois chez les nouveau-nés, c'est celle qui a lieu dans la cavité de l'arachnoïde.

M. Cruveilhier, dans son *Anatomie pathologique* a donné, en effet, la description d'un épanchement de sang qui se rencontre fréquemment dans le sein de cette membrane chez les enfants naissants; qui ne se trouve que beaucoup plus rarement dans les sinus du cerveau, et qu'enfin il désigne sous le nom d'apoplexie des nouveau-nés. Les symptômes en rapport avec cette lésion sont un état violacé de la face, un engourdissement général une résolution paralytique.

Au dire des auteurs et de M. Valleix lui-même, cette affection est rare à dater de quelques jours de la naissance; mais ces cas ne sont pas inouis, et ce médecin cite également l'observation (page 563) d'un enfant âgé de six jours, mort à la suite de convulsions répétées et violentes; à l'ouverture on trouva une forte congestion encéphalique et un épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde; en un mot, une apoplexie méningée.

M. Serres, dans son ouvrage sur l'apoplexie méningée, établit en principe que l'épanchement de sang à la surface du cerveau ne détermine jamais la paralysie, proposition démentie par les faits. On en trouve, en effet, plusieurs contradictoires dans un article de M. Boudet, inséré dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* de février 1839. M. Baillarger (1) a également (2) publié des exemples, desquels il résulterait que les épanchements dans la cavité de l'arachnoïde seraient susceptibles d'occasioner la paralysie comme les hémorrhagies cérébrales. Il ne peut être question que des épanchements sanguins, et l'on conçoit que des caillots de sang formés et rassemblés à la surface de l'un des hémisphères puissent exercer une compression assez forte d'un seul côté pour

(1) Du siége de quelques hémorrhagies méningées, thèse, Paris, 1837.

(2) Un fait analogue est rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* du 23 juin 1840; il concerne un vieillard de soixante-dix ans.

déterminer des symptômes de paralysie, tandis que de pareils phénomènes ne pourraient se produire si l'épanchement n'était que séreux, comme dans l'apoplexie séreuse, dont il a été question en traitant de l'hydrocéphale chronique ; et l'on sait que l'on donne le nom d'apoplexie séreuse à l'exhalation active, instantanée, de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, tandis que M. Serres a appelé apoplexie méningée les symptômes subits de compression cérébrale résultant d'hémorrhagies entre le crâne et la dure-mère, entre la dure-mère et l'arachnoïde (dernier fait dont la possibilité est niée par M. Boudet, thèse citée), dans la grande cavité de cette dernière, dans les ventricules cérébraux, ou dans les mailles de la pie-mère.

La congestion cérébrale peut simuler plusieurs affections des centres nerveux, cependant les contractures et les mouvements convulsifs lui appartiennent plus particulièrement, tandis que le stertor et la paralysie sont plutôt du domaine de l'hémorrhagie cérébrale. L'on sait que Morgagni ayant remarqué une chute subite sur le côté droit, de la part d'un homme frappé d'hémiplégie, annonça avant la mort, une hémorrhagie du lobe gauche du cerveau, et que l'autopsie vint confirmer ce diagnostic. Les symtômes les plus ordinaires de l'apoplexie méningée (car il a été reconnu que parfois elle pouvait également déterminer des symptômes de paralysie), et ceux de l'apoplexie séreuse sont l'assoupissement, le coma, ou le carus le plus complet, la résolution paralytique générale, les convulsions, la fixité des yeux, la dilatation des pupilles (mais il n'y a pas de paralysie complète, comme dans l'hémorrhagie; pas de paralysie progressive, comme dans le ramollissement (1),) phénomènes, du reste, survenant tout-à-coup, et en ce qui concerne l'apoplexie séreuse, apparaissant surtout à travers une affection grave, chez des sujets affaiblis et d'une chétive constitution. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il est à-peu-près impossible, dans le cas où la congestion produit le coma, de savoir si l'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces af-

(1) Voir la note à la fin de cet article.

fections, d'autant plus que l'afflux du sang est une condition de son exhalation. L'encéphalite ne peut être confondue avec l'apoplexie méningée que dans sa dernière période; car dans la première, quand il existe un mouvement fébrile bien prononcé, et divers autres signes d'excitation des différents appareils, il est difficile de prendre l'une pour l'autre. Dans l'hémorrhagie l'intelligence est abolie, les sens sont obtus, la sensibilité éteinte, tandis que dans l'arachnitis il y a des phénomènes réactionnels, du délire; mais quand l'épanchement du liquide s'opère à la suite de la phlégmasie les symptômes se rapprochent de l'avant-dernier groupe, et la distinction serait difficile si l'on n'avait pour se guider les antécédents de la maladie.

Un fait recueilli par M. Vernois, prouverait, selon M. le docteur Valleix, que l'apoplexie des nouveau-nés serait même susceptible de guérison, et qu'elle guérit à l'instar de celle de l'adulte. Tout porte donc à croire que le traitement employé journellement contre l'apoplexie est celui qui convient également aux enfants en pareils accidents.

On peut ainsi prescrire, mais d'une manière générale, les applications de sangsues, soit derrière les oreilles, soit à l'anus; les applications froides sur la tête, les synapismes, les cataplasmes synapisés vers les extrémités inférieures, les vésicatoires soit à la nuque, soit aux jambes, les lavements purgatifs; le tout dans une certaine mesure, et suivant le mode de prescription indiqué au traitement des phlegmasies cérébrales, dans les mêmes proportions, non dans une progression aussi lente, mais au contraire avec une sorte d'instantanéité en rapport avec celle des accidents. (1)

(1) M. Rochoux (*recherches sur l'apoplexie*, 1814), réserve exclusivement le nom d'apoplexie à l'hémorhagie du cerveau. Les symptômes qui s'observent dans l'attaque sont le trouble du sentiment et la paralysie; le siége le plus ordinaire est le cerveau, très-rarement le cervelet, la protubérance de diverses parties de la moelle. Le ramollissement du cerveau, se dérangeant de sa marche lente, graduée, ordinaire, peut prendre tous les traits de l'apolexie. L'exhalation du sang

II.

DE LA MYÉLITE.

Quoique, peut-être, dans l'état actuel de la science, il ne soit guère possible d'assigner un certain ordre de phénomènes

dans les vertèbres est une maladie très-rare (décrite par Morgagni et Baglivi), elle réunit aussi tous les phénomènes de l'apoplexie, de façon à ne pouvoir en aucune manière en être distinguée. Il en est de même des hémorrhagies qui ont lieu par simple exhalation dans la cavité de l'arachnoïde externe.

Tout porte à croire, selon M. Rochoux, que sans l'existence probable d'une altération particulière du tissu même du cerveau les causes auxquelles on attribue tant dans l'apoplexie, auraient été de nul effet. Ce médecin donne le nom de *coup de sang* à la congestion cérébrale; la promptitude avec laquelle les symptômes disparaissent distingue cette affection.

M. Chomel qui admet l'appoplexie nerveuse, dit que presque toujours elle est précédée d'accidents nerveux plus ou moins graves; qu'elle survient spécialement chez les personnes hystériques, hypocondriaques, etc., que sa terminaison est accompagnée de phénomènes qui se montrent au déclin des attaques hystériques.

On a désigné sous le nom de fièvre intermittente larvée, ou pernicieuse, comateuse, carotique, soporeuse, léthargique, l'apoplexie intermittente. En effet, l'apoplexie survient alors rarement tout-à-coup, et ordinairement est précédée d'un ou plusieurs accès fébriles.

M. Martinet (*Manuel de clinique, pag.* 155), dit que les caractères diagnostiques du ramollissement du cerveau sont les mêmes que ceux de l'encéphalite, si ce n'est que les prodromes sont plus communs.

M. Rostan (*loc. cit.*), distingue un ramollissement cérébral, inflammatoire et un non inflammatoire, ce dernier, plus fréquent chez les vieillards. Il ajoute que les phénomènes fonctionnels locaux sont à peu près les mêmes dans l'un et dans l'autre ramollissement, à quelques nuances près dans la rapidité et l'intensité de la marche, mais que les phénomènes généraux diffèrent. Les ventricules contiennent ordinairement une quantité notable de sérosité, etc.

M. Guersant dit que le ramollissement (qu'il nomme aigu) à été décrit sous le nom de fièvre cérébrale, sous celui d'ydrocéphale aiguë, sous celui de méningite, et même d'encéphalite avec épanchement; que les symptômes ont beaucoup d'analogie avec ceux de la méningite, etc.

Les autopsies démontrent que dans le ramollissement cérébral les

morbides bien déterminés aux lésions organiques du système cérébro-spinal et de ses enveloppes, cependant les symptômes de la myélite et de la méningo-myélite, bien que variant suivant les parties affectées de la moelle, paraissent assez généralement caractérisés par l'exaltation et l'abolition plus ou moins prononcées, complètes ou partielles de la sensibilité et de la motilité du tronc et des membres, avec conservation de l'intellect et des fonctions sensoriales. La douleur locale paraît rare, mais des douleurs vives se font quelquefois sentir dans les membres, dans leurs articulations, et jusque vers leurs extrémités; les mouvements du tronc et des membres éveillent et accroissent ces douleurs. La sensibilité est quelquefois tellement exaltée, que le moindre contact ferait presque jeter des cris aux malades : parfois il y a obtusion de celle-ci vers certaines régions et exaltation vers d'autres; c'est ainsi qu'il en était dans l'observation citée un peu plus loin, et c'est aussi ce que nous avons eu l'occasion de remarquer dans un cas qui s'est présenté dans notre pratique particulière (chez un adulte), et qu'a concurremment observé avec nous le doc-

accidents peuvent apparaître aussi soudainement que dans l'hémorrhagie; mais l'on ne peut attribuer néanmoins cette altération organique à une lésion de nutrition, ainsi que sont disposés à le faire MM. Rostan et Récamier. Elle est le produit d'une inflammation ou patente ou sourde. Cette dernière manière de se produire s'observe particulièrement chez les vieillards, chez les jeunes enfans, chez les individus où il y a peu de sensibilité, peu de réaction, chez les apoplectiques (Rochoux) L'intervention de l'inflammation, bienqu'effacée en apparence, en dernier lieu, est de toute évidence dans notre observation 7 qui, sous ce rapport, présente le plus grand intérêt; il s'agit en effet d'un enfant qui, à peine convalescent de pneumonie, de fièvre cérébrale, meurt subitement comme frappé d'apoplexie, et à l'autopsie duquel on trouve un ramollissement des parties centrales du cerveau, un de ces ramollissemens *dits non-inflammatoires*. Voir aussi pag. 109 et suiv.

Trouble symphatique de l'innervation, aberration de la sensibilité, congestion, irritation, phlegmasie. Tels sont les points de départ qu'il faut prendre dans la pathogénie des affections des centres nerveux, où là comme ailleurs les transformations de symptômes en individualités, en entités morbides ne jettent que trouble et confusion.

teur Biett; la sensibilité des membres abdominaux était singulièrement accrue à la face interne de ceux-ci, tandis qu'elle se trouvait presque éteinte vers leurs régions externes.

Les spasmes, les convulsions, les rigidités, les contractures se présentent avec la même irrégularité (1) et avec une constance moins grande encore. Les rigidités tétaniques du tronc, son renversement en arrière, donnés comme signes de myélite rachidienne, ont été rencontrés par M. le docteur Andral, dans des cas où ni la moelle, ni ses enveloppes n'offraient de traces de lésions. Les symptômes de paralysie qui succèdent aux précédents ne semblent pas non plus toujours astreints à une nécessité absolue dans leur ordre et leurs manifestations. Ils peuvent tenir de l'hémiplégie et de la paraplégie. Dans les circonstances, néanmoins, qui semblent les plus communes, la paralysie atteint les membres thoraciques et les muscles de la poitrine, ou les membres pelviens, le rectum et la vessie, suivant que la lésion porte sur tels ou tels points des régions supérieures ou inférieures de la moelle épinière; suivant que l'affection occupe les régions cervicale inférieure et dorsale supérieure, ou lombaire supérieure et dorsale inférieure du prolongement nerveux rachidien : ce qui encore comporte exception. Ainsi, dans l'observation qu'on va lire, bien que la partie supérieure de la moelle fût seule affectée, la paralysie s'est étendue aux membres abdominaux et au rectum.

CINQUANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Wilson (Joséphine), âgée de dix ans, récemment arrivée de Londres à Paris, fut prise, dans la journée du 10 octobre 1834, sans cause connue, de frissons, de douleurs contusives dans les membres et de fièvre. Elle éprouva, pendant les deux jours qui suivirent, plusieurs vomissements et un épistaxis. Elle ne fut pas obligée de s'aliter; mais, dans la nuit du 13 au 14, de vives douleurs se manifestèrent aux épaules et aux mains, qui

(1) Voir ci-après ce qui est dit au sujet des convulsions.

ne présentaient ni gonflement, ni rougeur. Les douleurs se dissipent dans la matinée, pour reparaître plus vives peu de temps après. A ces symptômes se joint une constipation opiniâtre qui résiste aux lavements. Le 16, décubitus dorsal, mouvements des membres et du tronc très-douloureux; intelligence nette, ainsi que la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût; dypsnée sans toux; cent-vingt-quatre pulsations et quarante-quatre aspirations par minute; constipation. Le 17, la douleur a abandonné les mains et se fait vivement sentir dans les épaules et les bras. La malade sent faiblement avec les deux mains. Le 18, respiration gênée, haletante; pas de râle; le timbre de la voix n'est pas modifié; engourdissement des mains et des avant-bras, dont la sensibilité est très-obtuse; mouvemens bornées des doigts de la main droite, immobilité de ceux de la gauche; les membres pelviens sont pareillemenr immobiles; douleur vive dans les articulations scapulo-humérales, sans rougeur ni gonflement; soixante inspirations et quatre-vingt-seize pulsations par minute. Dans la journée, la respiration s'embarrasse de plus en plus. Rigidité du tronc et des membres. Elle meurt à minuit dans l'asphyxie, *conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles.*

Ouverture. Réseau vasculaire de la pie-mère injecté; injection des deux substances du cerveau; pas d'épanchement dans les ventricules; cervelet sain. Dans l'épaisseur de la moelle allongée, ramollissement rouge du volume d'un petit pois.

Ramollissement de toute l'épaisseur de la moelle épinière, depuis la fin de la moelle allongée jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale, il occupe surtout la partie centrale; il se présente sous la forme d'un detritus rougeâtre étendu sur un fond blanchâtre, ramolli aussi. La pie-mère rachidienne est injectée; l'arachnoïde lisse et transparente. Nulle autre lésion.

Ainsi, dans un fait qui se représente à notre mémoire, et qui concerne un officier de la garde municipale, qui mourut une ou deux semaines après d'une chute de cheval; il y eut paraplégie immédiatement après l'accident, mais seulement paraplégie, bien qu'ainsi que, dans le cas qui précède, ce fût vers

la région inférieure du col et supérieure du dos que se rencontra une altération profonde de la moelle, caractérisée, ici, par une déchirure et un ramollissement. Nous pourrions encore rappeler l'exemple cité dans le *Journal de Desault* : Une balle, est-il relaté, divisa complètement la moelle épinière au niveau de la dixième vertèbre dorsale, sans que, jusqu'à la fin, il y eût de symptôme de paralysie (1).

MM. Jansou de Lyon, Rullier, Velpeau et Ollivier d'Angers (auquel, en particulier, on doit un ouvrage important sur la moelle épinière et ses maladies) ont rapporté des exemples d'interruption du cordon rachidien avec persistance dans l'intégrité de la motilité et de la sensibilité. Nos observations 6 et 12 ont aussi trait à des cas analogues : deux enfants, affectés, de méningite ou d'encéphalite, et atteints de ramollissements dorso-lombaires de la moelle épinière, n'ont présenté aucun symptôme de paralysie du rectum ni des membres inférieurs. Mais ces faits paraissent moins extraordinaires, moins inexplicables que ceux cités préalablement en ce que l'altération organique, en ces dernières circonstances, a eu lieu lentement et progressivement. Un épanchement, même peu considérable, mais effectué rapidement, en un point quelcouque, des méninges rachidiennes, suffit, en effet, le plus souvent, pour déterminer une paralysie, variable suivant les régions médullaires comprimées; tandis qu'un épanchement, beaucoup plus considérable, mais effectué peu-à-peu, n'a produit, maintes fois, aucun symptôme, et n'a été révélé que par l'autopsie cadavérique.

En résumé, la marche de la myélite peut être tout-à-fait latente, des tubercules peuvent aussi se développer d'une manière inaperçue dans son tissu et nous croyons, ainsi qu'il en est à l'égard du cerveau et des méninges, que les symptômes de l'inflammation de la moelle et de ses enveloppes se combinent et se confondent le plus souvent entre eux de telle

(1) Voyez le fait remarquable orbservé par M. le docteur Bégin, (*Bulletiu de l'Académis royale de médecine*, Paris, 1841, pag, 201).

sorte, qu'il doit être le plus souvent impossible de les différencier (1).

(1) Les symptômes de l'arachnitis du cerveau, chez les enfans, diffèrent très-peu de ceux de l'inflammation des méninges rachidiennes. Billard, *mal. des enfants nouveau-nés,* p. 673.

Nous ne ferons pour ainsi dire que mentionner l'histoire d'une jeune fille nommée Dubry (Louise), âgée de douze ans, qui, le 15 janvier 1826, à la suite d'une grande frayeur, avait été subitement atteinte de chorée (renseignemens fournis par la famille). On remarquait en effet chez elle des mouvemens irréguliers, plus marqués du côté gauche ; la parole était embarrassée, la chorée très-prononcée, et il y avait en outre diarrhée ; elle mourut à l'hôpital des Enfants, le 12 février suivant, d'une pleurésie droite avec épanchement et compliquée de gastro-entérite. A l'autopsie, avec les lésions confirmatives de l'existence des maladies indiquées, on trouva un ramollissement des trois derniers pouces de la moelle épinière.

Nous citerons de même un autre fait concernant un enfant de treize ans nommé Charlier, admis à l'hôpital le 29 juillet, malade alors depuis 9 jours, atteint de paralysie des extrémités supérieures avec quelques symptômes cérébraux et qui mourut presque immédiatement au milieu de phénomènes convulsifs. A l'autopsie, un peu de sérosité transparente est trouvée dans la cavité de l'arachnoïde (deux ou trois cuillerées à bouche) ; mais, depuis l'occipital jusqu'à la troisième vertèbre cervicale entre la pie-mère et l'arachnoïde, il existait une grande quantité de sérosité de même nature (au moins 5 à 6 onces.) Vers la fin de la région lombaire se trouvait pareillement à peu près autant du même liquide : du reste ni le cerveau, ni la moelle allongée, ni le reste de la moelle épinière ni leurs enveloppes, ne présentaient ni altération quelconque, ni rougeur.

Dans ce premier fait au sujet, duquel nous regrettons maintenant de ne pas avoir pris de notes plus nombreuses faut-il unir à la lésion de la moelle les phénomènes de la chorée, dont les causes matérielles présentent souvent tant de bizarrerie et d'inconstance ?

Pour le second, tout incomplet aussi qu'il se trouve dans les détails, il tendrait à prouver, sinon que la méningite rachidienne (bien que malgré l'absence de traces évidentes d'irritation du côté des membranes, la grande quantité de liquide épanché prouve évidemment une sur-activité fonctionnelle morbide), du moins que l'épanchement indépendamment de toute altération organique de la moelle peut déterminer des symptômes de paralysie. Elle semblerait aussi confirmer, à l'égard des enfants plus âgés, l'opinion de Billard concernant les plus jeunes et que nous venons de citer.

Les phlegmasies des régions cervicales supérieures de la moelle épinière et de ses enveloppes s'unissent et se confondent généralement dans leurs symptômes avec celles des organes cérébraux (obs. 9, 12). Suivant M. Baron, les rigidités tétaniques que l'on observe fréquemment dans les méningo-encéphalites, chez les jeunes enfants, dépendraient de la transmission de l'inflammation aux membranes qui revêtent la face inférieure du cervelet et le commencement de la moelle. Cette opinion nous paraît, d'ailleurs, beaucoup plus rapprochée de la vérité que celle de Billard, qui établit que, dans ces cas, la phlogose a envahi l'organe médullaire. Nos observations 5 et 14 tendent, en effet, à confirmer, en partie, ce qu'a avancé M. Baron.

La continuation de la répartition de l'influx nerveux, après une interruption survenue dans la continuité de la moelle épinière, semble, ainsi qu'à lieu le rétablissement de la circulation par le moyen des vaisseaux collatéraux, après l'obturation d'un tronc principal, s'opérer par les anastomoses des différentes paires cervicales, dorsales ou lombaires, soit entre elles, soit avec le système ganglionnaire; ou enfin, dans ces circonstances exceptionnelles, l'interruption de l'innervation n'a pas lieu à cause de la persistance de quelques fibres médullaires restées saines, ou au moins aptes à fonctionner.

Nous bornerons-là ces conjectures, sur des maladies dont l'histoire est généralement peu avancée, et qui, même, ne sont un peu étudiées et connues que depuis les recherches de MM. Magendie et Flourens sur la structure et les fonctions du prolongement rachidien, et surtout depuis la publication de l'ouvrage de M. le docteur Ollivier (1).

Selon M. le docteur Ollivier, la paralysie suit alternativement, dans la myélite, une marche ascendante ou une marche descendante. Il peut y avoir paralysie du sentiment du mouvement, ou seulement de l'un ou de l'autre. La paralysie se manifeste quelquefois dans un membre puis dans celui du côté

(1) Voir plus loin à l'article sur les Névroses.

opposé. Quelquefois des convulsions la précèdent. Quelquefois les membres sont dans un état de contraction permanente et douloureuse; d'autres fois ils sont flasques et sans nulle rigidité. Durée de la maladie : trois, quatre, quinze ou dix-huit jours. Guérison rare.

Dans la myélite chronique il n'existe ordinairement aucun sentiment douloureux. Les autres phénomènes se prononcent graduellement,

La méningite rachidienne, suivant le même médecin, est rarement bornée au canal médullaire. Le plus souvent l'inflammation se propage aux environs du cerveau. Les principaux symptômes de cette affection seraient : 1° opistotonos; 2° douleur plus ou moins vive dans toute la région dorsale; assez souvent intermittente. Suivant quelques auteurs, elle augmente par la pression (1), M. Ollivier n'a jamais observé ce fait. Ce qui peut faire distinguer cette phlegmasie de la myélite, c'est que les membres inférieurs conserveraient leur sensibilité. Les phénomènes ont une marche ascensionnelle. Elle peut passer à l'état chronique : alors ses symptômes sont encore plus obscurs, ou même inappréciables.

La transmission de l'inflammation des enveloppes du cerveau peut s'opérer vers celle de la moelle épinière; nous en reproduisons ici un exemple remarquable, publié et commenté dans la *Gazette Médicale* de 1834.

Une méningite a succédé à la rétrocession d'un érysipèle de la face. La phlegmasie a d'abord affecté les méninges cérébrales, et s'est dissipée sous l'influence d'un traitement actif; mais elle a envahi ensuite les méninges rachidiennes et a causé la mort. Ce fait, remarquable sous le rapport de la cause, nous offre en outre un exemple de méningite spinale exempte de complication. Aussi avons-nous cru devoir le rapporter avec quelques détails.

(1) On a conseillé, pour reconnaître le point malade de la moelle ou de ses enveloppes, de promener une éponge imbibée d'eau chaude le long du rachis : le passage vers l'endroit affecté serait plus douloureux ?

CINQUANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Méningite cérébrale consécutive à la rétrocession d'un érysipèle de la face. — Emploi des émissions sanguines et des purgatifs. — Disparition des symptômes cérébraux. — Puis douleur dans le trajet du rachis. — Rigidité des muscles du cou, du tronc et des membres inférieurs. — Déjections involontaires. — Mort. — Méningite rachidienne. — Pas d'altération appréciable du cerveau et de ses enveloppes.

Joséphine Lebon, âgée de onze ans, d'une forte constitution, entra à l'hôpital le 16 janvier pour un érysipèle de la face, et en sortit entièrement guérie le 2 février. Elle avait été déjà plusieurs fois atteinte de la même affection.

Le 16 février, sans cause connue, retour de l'érysipèle qui disparaît brusqement au bout de deux jours. Immédiatement après la rétrocession de cet exanthème, céphalalgie intense, vive sensibilité des yeux à la lumière, vue trouble; pupilles un peu plus dilatées que dans l'état normal; face rouge; bouffie, mais non douloureuse à la pression; pouls lent et irrégulier, soixante pulsations par minute; constipation depuis plusieurs jours. On pratique une saignée au pied et on administre un lavement purgatif. Immédiatement après la saignée qui est abondante, le pouls descend à quarante-huit pulsations et la malade est prise d'un délire violent qui persiste toute la journée et toute la nuit; on est obligé de l'attacher dans son lit. Le trismus qui survient dans la soirée, rend l'ingestion des boissons tout-à-fait impossible. Dans la matinée du 21, nous trouvons la malade assoupie; la face est pâle, bouffie, œdémateuse; le délire violent de la veille a cessé; la malade répond juste à quelques-unes des questions qu'on luî adresse; elle divague par instant; elle indique toujours la tête comme siége de son mal; elle tire la langue hors de la bouche, mais oublie de la rentrer; les pupilles sont contractées et mobiles; la vue est affaiblie, mais non entièrement abolie; l'excrétion des urines et des matières fécales a lieu involontairement; le pouls donne soixante-douze pulsations par minute et offre tou-

jours quelques irrégularités; on compte dans le même laps de temps vingt-et-une inspirations; la sensibilité de la peau est égale des deux côtés; on n'observe ni paralysie, ni contracture des membres; la malade paraît très-sensible à l'action du froid; elle donne des signes d'impatience lorsqu'on la découvre pour l'explorer, et cherche sans cesse à saisir ses couvertures et à les ramener sur elle. L'émission sanguine de la veille n'ayant amené aucun soulagement, on prescrit deux gouttes d'huile de croton tiglium dans une potion aromatique de deux onces, à prendre par cuillerées de deux en deux heures.

Dans la journée, agitation continuelle; délire sans convulsions; évacuations involontaires. La malade est indifférente pour tout ce qui l'entoure; elle ne demande pas même à boire.

Le 22, à l'agitation de la veille a succédé l'assoupissement. Lorsqu'on tire la malade de cet état, elle répond juste aux questions qu'on lui adresse, articule nettement les sons, ne se plaint plus de la tête, et n'accuse autre chose qu'un sentiment de courbature. L'ouïe est nette, la vue intacte, les pupilles normalement dilatées et mobiles; les lèvres et la langue sèches et encroûtées. Il existe de la douleur à la région cervicale et une légère rigidité des muscles de la partie postérieure du cou, qui rendent les mouvements de la tête difficiles, la sensibilité de la peau est vive aux membres inférieurs et un peu obtuse aux extrémités supérieures. Les mouvements de ces dernières sont faibles et mal assurés; le pouls a augmenté de fréquence, mais il est tellement faible qu'on ne peut le compter. Du reste pas de toux, expansion pulmonaire franche. (*Un vésicatoire à chaque cuisse, synapismes aux pieds*).

Le 23, état normal des fonctions cérébrales; réponses justes; pas de trouble des fonctions intellectuelles et sensoriales; quatre-vingt-seize pulsations, trente inspirations par minute. La malade demande à manger. Elle n'accuse autre chose qu'une légère douleur de la région cervicale; la sensibilité des membres supérieurs est toujours moins vive que celle des membres inférieurs. Les évacuations sont volontaires.

Le 24, la douleur n'est plus bornée à la région cervicale du

rachis, elle se fait vivement sentir à la région lombaire; la malade crie fréquemment : *les reins, les reins!* On ne peut la mettre sur son séant à cause de la rigidité des muscles du tronc; quatre-vingt-seize pulsations, vingt-quatre inspirations; voies digestives en bon état. (*Un vésicatoire à une jambe.*)

Le 25, l'intelligence est nette; la tête n'est le siége d'aucune douleur; les pupilles offrent néanmoins une inégale dilatation : celle du côté droit est à l'état normal, celle du côté gauche est très-dilatée et la vue de ce côté est affaiblie. Rigidité permanente des muscles et du cou ou du tronc; douleur dans le trajet du rachis; contraction des membres inférieurs sans paralysie; excrétion des urines et des matières fécales involontaire; pouls à cent-vingt. (*Potion avec quatre gouttes d'huile de croton tiglium.*)

Dans la journée, affaissement profond sans trouble de l'intelligence, sans convulsions cloniques; mort à cinq heures du matin le 26 février. La malade a conservé jusqu'au dernier moment l'intégrité de son intelligence; elle a demandé à boire avant sa mort.

Ouverture du cadavre vingt-huit heures après la mort. Habitude extérieure. Rigidité cadavérique très-prononcée; pâleur de toute la périphérie cutanée, embonpoint remarquable.

Tête et rachis. La voûte du crâne enlevée et le canal rachidien ouvert dans toute son étendue, on aperçoit la dure-mère exempte de toute altération. La grande cavité de l'arachnoïde crânienne contient à peine une cuillerée de sérosité limpide, mais il s'écoule une assez grande quantité de ce liquide lorsqu'on incise la dure-mère rachidienne. Les vaisseaux qui rampent à la périphérie du cerveau sont médiocrement injectés; l'arachnoïde cérébrale est humide et conserve partout sa transparence normale; on n'observe à sa surface que les glandes de Pacchioni, qui occupent une partie des bords de la grande scissure interlobaire. On ne trouve dans la pie-mère ni pus, ni granulations, ni tubercules. Les substances corticale et médullaire n'offrent rien de remarquable sous le rapport de leur couleur et de leur consistance. Les ventricules latéraux, d'une médiocre capacité, ne contiennent qu'une cuillerée de sérosité

limpide; les parties centrales sont saines. L'arachnoïde qui tapisse la protubérance et la partie inférieure du cervelet, semble un peu moins transparente que dans l'état normal; mais aucun liquide n'existe entre elle et la pulpe encéphalique.

L'arachnoïde rachidienne est soulevée par une couche de sérosité louche, ayant environ deux lignes d'épaisseur dans les régions cervicale et lombaire; cette couche diminue à mesure qu'on approche de la partie moyenne. Les vaisseaux de la périphérie sont notablement injectés; la moelle épinière est ferme et sans rougeur, si ce n'est au niveau des deux vertèbres dorsales, où elle offre un ramollissement sans changement de couleur et qui a paru être le résultat de la dissection.

Abdomen. Muqueuse gastrique d'un gris rosé, d'une bonne consistance; nombreuses arborisations vasculaires dans toute l'étendue du canal intestinal. Vers la fin de l'iléon et dans le cœcum, la rougeur est uniforme et la consistance de la muqueuse diminuée. Quelques rides longitudinales dans le colon, dont le bord libre est rosé. Les ganglions mésentériques sont sains. Le foie, la rate, sont gorgés de sang, mais n'offrent pas d'altération de texture.

Poitrine. Les ganglions bronchiques ne sont ni hypertrophiés ni tuberculeux; les poumons sont rosés à l'intérieur et perméables à l'air dans toute leur étendue; aucune adhérence ancienne ou récente ne les unit aux plèvres costale et diaphragmatique. Une assez grande quantité de sang liquide est contenue dans des vaisseaux du thorax : celui que renferment les cavités du cœur a l'aspect et la consistance de la gelée de groseille.

Lorsque la malade fut soumise à notre observation, la céphalalgie, la sensibilité des yeux à la lumière, la dilatation des pupilles, l'engourdissement des membres, la lenteur et l'irrégularité du pouls, ne laissaient aucun doute sur l'existance d'une phlegmasie des méninges cérébrales. Ces symptômes s'étant manifestés après la disparition brusque d'un érysipèle de la face, dont la durée ordinaire était de neuf à dix jours, il était impossible de ne pas voir dans cette coïncidence

une relation de cause à effet. *Un véritable érysipèle du cerveau*, pour parler le langage d'Hippocrate, avait succédé à celui de la face. Ces sortes de métastases ont été observées par la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies cérébrales; on peut lire sous ce rapport les observations vingt--et-unième et vingt-deuxième du traité de MM. Parent-Duchâtelet et Martinet, ainsi que la dixième du mémoire sur l'hydrocéphale, publié par Mathey de Genève.

Sous l'influence de la saignée et surtout des révulsifs cutanés et intestinaux, les symptômes de méningite cérébrale se dissipèrent complétement. Ils semblèrent prendre tout à coup un nouvel accroissement après la saignée; mais après deux gouttes d'huiles de croton tiglium portées dans le canal intestinal, et des vésicatoires appliqués aux extrémités inférieures, la malade recouvra au bout de deux jours l'intégrité de ses fonctions intellectuelles et sensoriales; mais ce calme ne fut que momentané. A peine les symptômes cérébraux furent ils dissipés, que des douleurs se manifestèrent dans le trajet du rachis, affectant d'abord la région cervicale, et plus tard se faisant sentir vers la région lombaire. Il semblerait dans ce cas que l'érysipèle affectant à la surface des centres nerveux la marche qu'il suit à la périphérie cutanée, abandonna les méninges cérébrales pour se porter sur celles de la moelle épinière. Les douleurs et la contraction permanente des muscles du bras, auxquelles se joignit la contraction des membres inférieurs, ne laissent aucun doute à cet égard. On insista dès lors sur la médication à l'aide de laquelle on avait enrayé la marche de la méningite cérébrale; on administra des purgatifs énergiques; on réitéra l'application des vésicatoires sur les membres; mais ces moyens furent impuissants contre la méningite spinale, et la malade succomba, conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Il est à regretter qu'au moment où les premiers symptômes de méningite rachidienne se sont manifestés, on n'ait pas appliqué vingt ou trente sangsues sur le trajet de la colonne vertébrale. Ce moyen, combiné avec les révulsifs cutanés et intes-

tinaux, eût peut-être amené une heureuse terminaison, la malade se trouvant dans des conditions assez favorables, puisqu'elle était douée d'une forte constitution, et qu'elle jouissait de la plénitude de ses forces au moment de l'invasion de l'érysipèle. La circonstance qui empêcha M. Baudeloque de recourir aux émissions sanguines, ce fut cette exaspération des accidens cérébraux qui avait eu lieu après l'emploi de la saignée du pied, au début de la maladie.

Quant aux maladies qui altèrent profondément le tissu de la moelle épinière, ou qui développées dans les parties circonvoisines compriment cet organe et empêchent ses fonctions, elles ont pour symptômes communs ceux qui accompagnent la compression lente (1) de cet organe (2).

Le traitement de la myélite ou de la méningo-myélite, ainsi que celui de la méningo-encéphalite, et vu la gravité de ces affections, doit être pareillement très-actif. Dans les premiers temps, évacuations sanguines; sangsues et ventouses scarifiées vers telle région, ou suivant le trajet du rachis. A la suite des émissions sanguines, conviennent les bains généreux, les dérivatifs et les révulsifs. Ici, l'on peut, avec moins de crainte de réaction vers la tête, tenter, plus activement, la révulsion du côté du tube digestif. Les sinapismes promenés le long de la partie postérieure du tronc, les vésicatoires, les cautères potentiels, et même le cautère actuel appliqués dans le même sens, constituent, d'ailleurs, une série de moyens énergiques dont l'on peut attendre, surtout, de bons effets, lorsque la maladie est dépouillée de toute forme aiguë.

(1) Rostan, *loc. cit.*, pag. 378.

(2) Dans l'observation de pleurésie gangréneuse que nous rapportons plus loin (article pleurésie), il est question aussi de paraplégie complète, puis incomplète, provenant d'un accident remontant à environ une année de là (passage de la roue d'une voiture), qui avait occasioné une carie vertébrale, par suite une gibbosité et une compression de la moelle épinière vers l'union des régions dorsale et lombaire, compression produite par les os eux-mêmes qui formaient un angle saillant. (Voir cette observ.)

Nous avons vu, dans un cas très-grave, Dupuytren suspendre la maladie de Pott, arrêter une carie vertébrale et une affection consécutive de la moelle épinière au moyen de raies de feu tracées autour de la région malade du rachis.

Nous terminerons cet aperçu en exposant une observation de carie vertébrale double, avec mort subite par suite de la luxation de l'occipital sur l'atlas; nous l'empruntons encore à la clinique de l'hôpital des Enfants, publiée il y a quelques années dans la Gazette médicale par Constant.

CINQUANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Carie vertébrale. — Destruction du condyle gauche : de l'occipital. — Compression subite de la moelle. — Mort instantanée.

Josephine Lambert, âgée de huit ans, d'une constitution scrofuleuse, admise à l'hôpital le 24 mai, nous offrit l'état suivant : décubitus sur le côté droit; tuméfaction de la partie latérale gauche du cou; fistule à la partie postérieure du lobe de l'oreille gauche; écoulement puriforme, fétide, par l'oreille droite; inclinaison permanente de la tête à droite; impossibilité d'exercer les mouvements de rotation de la tête et celui d'extension en arrière; douleur vive, lancinante à la partie postérieure du cou, augmentant par le plus léger mouvement; du reste, on n'observe aucun changement de rapport et de position des vertèbres cervicales. A la partie moyenne du rachis, existe une gibbosité arrondie embrassant les huitième, neuvième et dixième vertèbres dorsales; la progression est extrêmement difficile, mais elle n'est pas impossible; les membres inférieurs, dans l'état de repos, n'offrent ni raideur, ni mouvements spasmodiques, ni paralysie; les extrémités supérieures sont parfois le siége d'engourdissements passagers; du reste, pas de céphalalgie; intelligence nette, vision intacte, affaiblissement de l'ouïe; la langue est naturelle; la déglutition ne présente aucune gêne; l'appétit est conservé; le ventre est souple et indolent; constipation habituelle; l'émission des urines ne se fait pas involontairement; le pouls est calme; la chaleur de la peau natu-

relle; toux rare; thorax bien conformé; en avant et latéralement, respiration pure; sonoréité normale.

Interrogés sur les causes et la marche de cette affection, les parents nous racontèrent que cette jeune fille avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de six ans; qu'il y a environ dix-huit mois, elle fit une chute sur le dos : ils ne furent pas témoins de cet accident, et ne purent nous fournir des détails circonstanciés sur ce point. Depuis cette époque, elle accusa fréquemment une douleur de la région dorsale; depuis sept à huit mois, une gibbosité s'est formée vers le tiers moyen du rachis; la progression est devenue difficile; l'émission des urines et l'évacuation des matières fécales ont eu lieu quelquefois involontairement; depuis la même époque, la malade a été atteinte d'une coqueluche qui a duré deux mois; enfin, depuis quinze jours, douleurs vives, lancinantes, de la partie postérieure du cou; inclinaison de la tête à droite; gêne dans les mouvements de rotation et d'extension de la tête en arrière. Aucune médication active n'a été mise en usage.

Le pronostic fut grave, la carie avait déjà fait de profonds ravages; on fit appliquer plusieurs cautères sur les parties latérales du rachis et derrière l'oreille; aucun changement notable ne se manifesta jusque vers le milieu de juin : la malade se levait de temps en temps; lorsqu'elle restait dans son lit, le décubitus avait constamment lieu sur le côté droit; elle ne pouvait prendre ni garder aucune autre position; elle témoignait la plus vive répugnance pour le mouvement; la crainte d'un déplacement la faisait uriner dans son lit; les douleurs du cou et du dos peu vives dans l'état du repos, augmentaient surtout par la station et par le plus léger mouvement de la tête; les membres supérieurs et inférieurs étaient le siége d'engourdissements passagers; les mouvements en étaient tellement gênés, que la malade ne pouvait prendre elle-même ses aliments.

Le 18 juin, la fièvre s'allume, la respiration s'accélère; cent vingt-quatre pulsations et cinquante-six inspirations par minute; douleurs vives dans les membres supérieurs gauche et inférieur droit; immobilité complète de tout le corps; cris

aigus par intervalles ; du reste, pas de délire, pas de convulsions ; articulation des sons normale ; pas de gêne de la déglutition. On pratique une saignée du bras, qui donne quatre onces de sang non couenneux ; on donne des lavements purgatifs ; au bout de deux ou trois jours, les douleurs et l'engourdissement des membres diminuent, la fièvre se calme, la respiration revient à l'état normal. Les jours suivants, elle reste alitée ; le décubitus a constamment lieu sur le côté droit ; elle dit n'éprouver aucune douleur dans l'état de repos ; dans les derniers jours de juin, elle demande à se lever. Le 2 juillet, rien n'est changé dans son état ; son intelligence est nette, elle répond à toutes les questions qu'on lui adresse ; les membres ne sont le siége d'aucun mouvement spasmodique ; la sensibilité est la même des deux côtés ; la chaleur de la peau est naturelle, le pouls bat soixante-douze fois par minute ; la respiration ne présente ni gêne, ni accélération. Nous venions de constater son état, lorsqu'on la mit sur son séant pour panser ses cautères ; le pansement achevé, elle se coucha, pâlit et succomba à l'instant même, comme si elle était frappée de la foudre.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. État extérieur. Pâleur générale des téguments ; amaigrissement peu marqué ; météorisme du ventre ; pas de rigidité cadavérique.

Tête. Dure-mère saine ; pas de caillot dans les sinus ; infiltration médiocre du tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; une cuillerée à café de sérosité dans chacun des ventricules latéraux ; substance cérébrale généralement mollasse. Du reste, pas d'injection ni de ramollissement partiels ; le cervelet et la protubérance annulaire sont à l'état sain.

Rachis. A la partie latérale gauche du cou, gonflement et induration du tissu cellulaire sans changement de couleur à la peau ; à la partie postérieure et inférieure de l'oreille, au-devant de l'apophyse mastoïde, on aperçoit l'orifice d'un trajet fistuleux, lisse à l'intérieur, long d'un pouce environ, aboutissant à un foyer purulent qui occupe la partie supérieure et postérieure du pharynx ; au centre de la tumeur formée sur les parties latérales du cou, existe un autre foyer rempli de pus sa-

nieux, se prolongeant jusqu'au condyle gauche de l'occipital, qui est entièrement détruit, ainsi que la partie la plus externe du ligament occipito-altoïdien ; une fusée de pus a pénétré jusque dans la cavité du crâne et a décollé la dure-mère qui tapisse l'apophyse basilaire; carie de la partie la plus interne du condyle droit de l'occipital; érosion de la face supérieure de la masse latérale gauche de l'atlas ; l'arc du côté correspondant est tout à-fait dénudé et carié superficiellement; carie profonde de l'apophyse odontoïde de l'axis, et ecchymose de la portion de la dure-mère qui lui est contiguë; le corps de l'axis est dénudé, mais ne présente pas de carie manifeste.

Saillie anguleuse de la région dorsale du rachis, au niveau de l'union du tiers moyen et du tiers inférieur ; destruction complète du corps de la neuvième vertèbre, avec carie d'une grande partie du corps des huitième et dixième; kyste fibreux à la hauteur des piliers du diaphragme, s'étendant de la huitième à la douzième vertèbre dorsale, et occupant la partie latérale gauche du rachis; en l'incisant, on trouve à l'intérieur une grande quantité de pus grumeleux, mal lié; sur la partie latérale droite du rachis existe une autre tumeur oblongue, s'étendant de la dixième vertèbre jusqu'au grand trochanter, où elle se termine en cul-de-sac; en l'ouvrant, on découvre environ un demi-litre de pus ayant la consistance et la couleur de la frangipane.

La moelle épinière et ses enveloppes sont saines au niveau des lombes et du dos; à la partie supérieure de la région cervicale, elle a présenté un ramollissement blanc sans aucune trace d'injection, ce qui nous a paru être le résultat de la dissection.

Poitrine. Adhérences celluleuses et partielles du poumon à la plèvre costale, soit à droite, soit à gauche; engouement des deux poumons, prononcé surtout à droite; pas de tubercules; larynx, traché-artère, bronches à l'état sain; pas de tubercules des ganglions bronchiques.

Abdomen. Muqueuse gastrique saine; injection et légère diminution de consistance de la muqueuse intestinale dans le tiers inférieur de l'iléon; pas d'altération des follicules; pas d'en-

tozoaires; le foie, la rate, les reins et les ganglions mésentériques n'offrent pas d'altération appréciable.

Lorsque la malade fut soumise à notre observation, la gibbosité de la portion dorsale du rachis, la chute, les douleurs qui l'avaient précédée et qui l'accompagnaient, l'affaiblissement progressif des membres inférieurs, ces accès de fièvre irréguliers qui sont presque constamment l'indice d'une suppuration interne, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une carie des vertèbres dorsales; mais il existait chez cette malade d'autres symptomes qui durent fixer toute notre attention : c'étaient cette immobilité presque complète de la tête et son inclinaison permanente vers l'épaule droite; cette douleur fixe, parfois intolérable, vers la nuque, et cette tuméfaction siégeant sur la partie latérale gauche et offrant une fluctuation obscure. Quoique les vertèbres cervicales ne présentassent à l'extérieur aucun changement de rapport ni de position, nous n'hésitâmes pas à diagnostiquer une double carie, dont l'une avait son siége dans les vertèbres dorsales et l'autre dans les premières vertèbres cervicales. La marche de la maladie ne fit que confirmer le diagnostic. La mort subite qui eut lieu au moment où la malade venait d'échapper à quelques symptômes d'asphyxie qui cédèrent à l'emploi des émissions sanguines et des purgatifs, et où elle paraissait éprouver une amélioration évidente, fut produite par la luxation de l'occipital sur l'atlas. Les altérations profondes qu'avaient subis les condyles de l'occipital, les deux premières vertèbres et leurs ligaments, n'ont laissé aucun doute à cet égard.

La constitution scrofuleuse de la malade, la chute qui avait eu lieu dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital, et sur laquelle nous n'avons obtenu, il est vrai, que des renseignements incomplets, nous paraissent être les causes auxquelles il faut rapporter cette double affection.

La luxation spontanée de l'occipital et des deux premières vertèbres, est une maladie qui avait peu fixé l'attention des anciens observateurs; elle était à peine connue avant les travaux de Rust et Schupke, dont la publication ne remonte pas à vingt

ans; elle occupe aujourd'hui une place dans les cadres nosologiques. M. Ollivier d'Angers en a tracé une excellente description dans la nouvelle édition du *Dictionnaire de médecine*. D'après les faits qui ont été recueillis jusqu'à ce jour, il est bien avéré que cette maladie est beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. M. Guersant en a observé un certain nombre de cas. Pour notre compte, nous en avons observé quatre exemples à l'hôpital des enfants; de ces quatre malades, deux ont quitté l'hôpital avant la terminaison de la maladie. Nous avons vu succomber un jeune garçon de onze ans de la même manière que la malade dont nous venons de rapporter l'observation. A l'ouverture, il nous a offert des altérations tout-à-fait analogues. Pour terminer par une dernière réflexion, nous ferons remarquer que l'observation précédente montre l'identité complète du mal de Pott, de la luxation spontanée de l'occipital et des premières vertèbres cervicales, que quelques auteurs rangent parmi les tumeurs blanches.

III.

DES NÉVROSES.

Des convulsions, de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée, de la fièvre intermittente, etc.

§ I. Certain nombre de convulsions chez les enfants appartiennent plus spécialement à l'ordre des névroses : ce sujet est d'ailleurs trop important pour que nous ne prenions pas ici l'occasion d'y revenir (1). Les convulsions sont distinguées en sympathiques, symptômatiques et en essentielles ou idopathiques. Les premières sont celles suscitées par une affection distincte de celles des centres nerveux, par sa réaction sur le cerveau, par quelque organe excentrique souffrant. L'encéphalite, la méningite, la méningo-encéphalite, l'hypérémie, l'irritation cérébrales comptent souvent parmi leurs symptômes les phénomènes convulsifs, telles ont lieu alors les convulsions symp-

(1) Voir ce qui en a été dit pag. 138 et suiv.

tômatiques. Tandis qu'enfin le nom d'idiopatiques a été réservé à celles qui semblent ne tenir à aucune des deux espèces précédentes. C'est parmi les névroses que ces dernières ont en effet été rangées; c'est à la surexcitation spéciale, à une sorte d'aberration, de trouble des organes centraux, de l'innervation qu'on les a attribuées. Mais, ainsi que nous l'avons déjà exposé, ces accidents essentiellement nerveux ne persistent guère sans que la congestion ne vienne s'unir au premier état; car l'affinité de ces éléments morbides, si nous pouvons nous exprimer ainsi, est telle que leur union ou leur réunion est presque immanquable, et que le temps précis où elle elle s'opère est le plus souvent insaisissable. Cela est si vrai, qu'il y a peu de convulsions que les praticiens n'attaquent tout d'abord par des évacuations sanguines locales, et le plus souvent même avec succès. Si ces distinctions précises pouvaient être faites, ces nuances être saisies, le nom de convulsions idiopathiques directes conviendrait peut-être à celles auxquelles donnent lieu tout d'abord la surexcitation isolée des centres nerveux, et celui de convulsions idiopathiques indirectes à celles qui ne se manifestent que par le fait du surcroît de perturbation apportée dans les fonctions nerveuses par le concours de la congestion (1).

(1) Billard s'exprime ainsi au sujet des convulsions (p. 688) :
Elles sont le plus souvent le résultat d'une méningite rachidienne ou cérébrale; s'il est des cas où l'on ne trouve pas à l'ouverture du cadavre des traces de l'inflammation des méninges, c'est que, d'une part, il est fort difficile de distinguer leur congestion passive de leur injection phlegmasique, et que, de l'autre, on conçoit qu'une irritation assez prononcée de tissu d'un organe puisse avoir lieu, avant que le produit d'une inflammation ait eu le temps de se manifester, du moins d'une manière assez sensible pour que nous puissions bien constater son existence. D'ailleurs, comme il est bien plus commun d'observer des convulsions avec une méningite évidente chez les enfans, que de rencontrer le contraire, la force de l'analogie doit nous conduire à admettre que presque toujours les convulsions des enfants, quels que soient leur forme et leurs degrés, qu'on les appelle éclampsie, contractures des membres, soubresauts, etc., sont dues à une méningite rachidienne ou

Les convulsions (et l'on a nommé ainsi les mouvements désordonnés des muscles soumis à la volonté, tandis que les

cérébrale. Cette opinion a d'ailleurs été bien démontrée par M. Brachet de Lyon. A ce propos, M. Ollivier d'Angers ajoute :

« En traitant du diagnostic des convulsions, M. Brachet ne parle pas d'un mémoire intéressant de Dugés (de l'éclampsie des jeunes enfants comparée avec l'apoplexie et le tétanos. (*Mém. de l'Acad. royale de méd.*, t. III, pag. 303), qui méritait d'autant plus de sa part une mention particulière qu'il contient des observations d'anatomie pathologique importantes, et qu'en recherchant la cause prochaine des convulsions, M. Brachet déplore (pag. 323) la stérilité des résultats fournis sur ce sujet par l'investigation anatomique. Voici les conclusions du mémoire de Dugés.

1° L'éclampsie des enfants est une maladie particulière qui paraît due à une irritation idiopatique de l'encéphale, et surtout de la substance corticale des circonvolutions du cerveau et du cervelet ;

2° Tantôt elle se présente avec le type intermittent, par accès bien isolés, bien nets, et *épileptiformes* ;

3° Tantôt *précédée d'un état apoplectique* qui en est la cause ou tient à la même cause qu'elle : tantôt encore suivie d'un état apoplectique qui en est l'effet, ce qui lui donne dans l'un et l'autre cas primitivement ou secondairement, l'état *apoplectiforme* ;

4° Tantôt enfin elle se montre continue ou seulement rémittente et *tétaniforme*, soit avec un mélange de symptômes qui obscurcit le diagnostic, soit avec une netteté, telle qu'on lui donne le nom de tétanos, en ajoutant seulement à ce mot la particularité de l'âge auquel il s'observe, *tétanos des nouveau-nés*.

Ces distinctions sont essentielles dans la pratique ; car 1° la maladie, si elle est sympathique ou essentielle, se traitera par les antispasmodiques, ou se guérira d'elle-même, la cause étant enlevée, comme quand un vomitif, un purgatif, auront enlevé la matière et dissipé les effets d'une indigestion;

2° Si c'est une congestion, même un épanchement de sang dans le crâne, qui la détermine, les évacuations sanguines doivent être employées dès les prodromes.

3° Si la congestion sanguine se prononce durant l'accès ou dans les accès qui suivent le premier, il faut recourir encore avec empressement aux évacuations sanguines.

4° Si la marche est chronique et le type continu, on peut croire qu'il existe quelqu'arachnitis ou quelqu'épanchement rachidien, et employer alors les sangsues, les exutoires, etc., il en est de même si

troubles semblables concernant la vie organique ont reçu le nom de spasmes), les convulsions, disons-nous, sont toniques ou cloniques, générales ou partielles. Les convulsions toniques consistent dans une contraction permanente des muscles d'une ou de plusieurs régions du corps. Une de ses variétés est la *catalepsie* (très-rare chez les enfants), caractérisée par une tension générale et passagère du corps avec possibilité de faire conserver aux membres la situation qu'on leur donne. D'autres fois la rigidité des parties affectées est extrême et insurmontable (1), et le tronc est tantôt courbé, renversé dans un sens, tantôt dans un autre, en même-temps que les mâchoires sont fortement serrées, les membres dans une extension ou une flexion tétanique; c'est, en un mot, le tétanos, redoutable maladie très-rarement observée chez les enfants (2), à part du

quelque paralysie annonce la persistance d'un épanchement qui comprime l'encéphale à l'extérieur ou qui gêne les fonctions à l'intérieur.

(1) Voir les recherches de Dance sur une forme particulière de convulsions toniques, *Archives de méd.*, t. XXXVI; de M. Tonellé, *Gazette méd.*, janv. 1832; Delaberge, *Journ. hebd. des progrès*, t. IV, etc.

(2) En réponse à la demande que se fait Billard (*ouvrage cité*, pag. 691), s'il y avait correlation entre les symptômes tétaniques observés par lui et une lésion caractérisée par une hémorrhagie rachidienne. M. Ollivier a placé la note suivante:

« Cette opinion ne peut plus être douteuse aujourd'hui, les faits assez nombreux que j'ai rapportés dans un autre ouvrage (*Traité des maladies de la moelle épinière*, etc., 3e édition, tom. 11, pag. 106, 136, obs. 83, 84, 85, 86, 87), démontrent de la manière la plus évidente que l'hématorachis donne lieu constamment à des phénomèues tétaniformes. M. Abercromby (*des maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*, trad. franç. pag. 535, obs. 146), a vu chez un enfant nouveau-né, qui succomba le quatrième jour de sa naissance, après avoir été affecté de spasmes tétaniques et de trismus, un long caillot sanguin qui occupait toute l'étendue du canal rachidien, et qui était placé entre les lames vertébrales et la face postérieure de la dure-mère.

»J'ai rappelé dans le même ouvrage (tom. 11, pag. 579), les observations de MM. Thomson et Gœlis sur le trismus des nouveau-nés, qui accompagne ordinairement la méningite de la base du cerveau, inflammation avec laquelle coïncide assez souvent alors celle de la partie supérieure de la moelle épinière. Quant à la maladie que Gœlis a

moins les négrillons, chez lesquels elle sévit au contraire fré-

décrite sous le nom de spino-dorsitidis infantium, et qui se présente assez souvent chez les jeunes enfants, il est évident, d'après sa description, que c'est ordinairement une méningite rachidienne, avec laquelle la myélite coexiste quelquefois : il est aisé de reconnaître aussi dans les premiers symptômes qui se manifestent, une méningite cérébrale à laquelle succède, par l'extension de l'inflammation, une méningite rachidienne, je n'ai pas vu dans le tableau que le médecin de Vienne en a tracé, que cette maladie fut différente de celle qu'on observe chez l'adulte. Toutefois ce tétanos paraît être assez fréquent chez les enfants à l'hôpital de Vienne, ce qu'on n'a pas remarqué en France.

» Il résulterait de ce fait que les pays chauds ne sont pas les seuls qui puissent exercer une influence particulière sur le développement du tétanos des nouveaux-nés, et que cette affection peut aussi prendre assez souvent naissance dans des climats tempérés. Un travail très-intéressant du docteur J. Matuszinski (mémoire sur le tétanos des enfants nouveau-nès, *Gaz. méd.* 1834, p. 338), contient à ce sujet des remarques importantes. D'après les recherches du docteur Finck, il est certain que le tétanos sporadique des nouveau-nés s'observe beaucoup plus souvent dans le midi de l'Allemagne. que dans toute autre contrée de l'Europe. A Saint-Pétersbourg, Doepp l'a observé vingt fois sur quarante-cinq mille enfants trouvés. A l'hôpital de Stuttgard, sur huit cent quarante-huit enfants reçus à l'hôpital de 1828 à 1835, le tétanos a été observé vingt fois, ce qui fait à peu près un sur trente-quatre. Parmi ces vingt-cinq enfants, il y avait 13 garçons et 12 filles, par conséquent le sexe n'avait aucune influence sur la fréquence relative de la maladie. Tous étaient nés à terme, étaient bien constitués, et offraient au moment de la naissance toutes les apparences d'une santé parfaite. Tous avaient été allaités par leurs mères.

» L'hiver a été la saison dans laquelle le plus grand nombre de cas de tétanos, s'est déclaré; trois seulement sur les 25 cas cités ont eu lieu dans la belle saison. Les vingt-deux autres ont été observés pendant les mois de janvier, février, mars et avril.

» Dans les 25 cas, une impossibilité absolue d'exercer la succion du mamelon a été le prélude des symptômes caractéristiques et bien connus du tétanos, effet qui n'était d'ailleurs que la conséquence des prodromes du trismus, d'abord intermittent et peu prononcé, puis continuel et très-intense auquel succédait le spasme des muscles du cou, du dos, etc., les contractions tétaniques étaient intermittentes, et d'autant plus intenses, que la maladie était plus récente. Dans une période déjà avancée, on a observé un mouvement fébrile accompagné de

quemment. Les contractures sortes de convulsions toniques partielles, résultant de la contraction permanente des muscles

chaleur mordicante à la tête et au dos, tandis que les membres étaient glacés. Pendant la durée de la maladie les enfants restaient constamment couchés sur le côté, tandis que chez l'adulte, le décubitus dorsal est la seule position en quelque sorte possible.

»L'intensité des phénomènes tétaniques a été en raison directe de la force native des enfants; sur les 25 qui ont succombé, deux qui étaient très-faibles, et qui succombèrent le lendemain de leur naissance, ne présentèrent pas d'autres symptômes que le trismus ou resserrement tétanique des mâchoires.

»Dans la plupart des cas, on a remarqué une coïncidence entre le développement du tétanos et le travail par lequel la nature opère la séparation du cordon ombilical. Toutes les fois que la cicatrice n'était pas encore complète, l'ombilic devenait rouge, sécrétait une matière purulente et ses bords devenaient tuméfiés et douloureux. La chute du cordon eut lieu 14 fois avant le début de la maladie, 9 fois pendant et deux fois après que le tétanos s'était manifesté. Enfin, quant aux complications qui se sont présentées, on a noté un ictère plus ou moins intense sur dix-huit, des aphtes sur deux, et deux fois une blépharophthalmie assez intense qui disparut sans laisser de traces de l'invasion du tétanos. Ajoutons que chez tous ces enfants, ces différents états morbides s'étaient développés, et existaient déjà quand le tétanos se manifesta.

»Dans 11 cas, la maladie a duré 30 à 36 heures, dans 4 cas, 48 heures; dans 5, 3 jours; dans 2, 5 jours; dans 1 cas 7 jours; dans un autre, 9 jours; et enfin une seule fois, 31 jours.

»Vingt autopsies ont été faites, et on a trouvé: 16 fois un épanchement abondant d'un sang noirâtre, liquide ou demi-coagulé dans le canal rachidien, entre la dure-mère et les lames vertébrales: dans quelques cas l'épanchement n'occupait pas toute la longueur du rachis, il était borné à l'une des régions cervicale, dorsale, ou lombaire: chez plusieurs la couche de sang coagulé, partout également épaisse, séparait les membranes rachidiennes dans toute leur ciconférence du canal osseux; une rougeur et un épaississement plus ou moins étendus de la dure-mère et de la pie-mère existaient dans tous les cas, à l'exception d'un ou deux

»La moelle épinière était rouge chez deux sujets, ramollie une fois, et une autre fois son tissu était résistant, comme induré; dans tous les autres cas, cet organe n'offrait aucune altération appréciable.

»Une infiltration sanguine sous-arachnoïdicune a existé 16 fois dans

d'un membre, sont d'autre part assez communes dans nos climats (1).

l'encéphale en même temps que l'hématorachis; 4 fois cette infiltration sanguine des méniges cérébrales existait seule.

»Ces résultats nécroscopiques sont très-remarquables, et confirment pleinement les réflexions que j'ai faites à ce sujet, en parlant des congestions rachidiennes avec épanchement sanguin (*Traité des malad. de la moelle épinière*, tom. II, p. 134 et 135.) Si comme je le pense la présence du sang à l'intérieur des méninges rachidiennes, détermine par son contact une action irritante qui est suivie de spasmes tétaniques, les mêmes effets observés lorsque ce liquide n'est infiltré qu'en dehors de ces membranes, n'infirment aucunement mon opinion. Car une semblable exhalation sanguine est toujours la conséquence d'une concentration active du sang dans les vaisseaux de la moelle épinière et de ses enveloppes, et ce phénomène rend très-bien raison des contractions tétaniques et des autres phénomènes d'irritation qui précèdent la mort.

» Il est difficile d'admettre avec M. Matuszinski que l'inflammation de l'ombilic qui se manifeste avant l'invasion du tétanos ait eu quelque influence sur son développement, car cette inflammation s'est manifesté 11 fois sur 25, pendant le cours de la maladie. Et d'ailleurs, s'il y avait réellement entre ces deux états morbides, relation de cause à effet, on devrait observer bien plus fréquemment encore le tétanos des nouveau-nés, car il est très-ordinaire de voir une inflammation érythémateuse de l'ombilic particulièrement chez les enfants dont le cordon est gros.

»Une cause beaucoup plus probable du tétanos des nouveau-nés, c'est l'action du froid. L'expérience démontre, en effet, que le refroidissement du corps doit être placé en première ligne dans l'étiologie de cette grave maladie. Ainsi on a vu qu'elle s'était surtout développée pendant la saison froide et humide. On a depuis long-temps remarqué qu'en Allemagne, dans les districts privés d'églises, les cas de tétanos se multiplient singulièrement, tandis qu'ils sont beaucoup plus rares dans les villages ou la présence d'une église évite les chances toujours fâcheuses d'un voyage quelquefois assez long, pour porter les enfants au baptême. »

(1) Elles sont plus souvent accompagnées d'autres symptômes appartenant aux irritations et phlegmasies des centres nerveux, mais se rencontrent aussi isolément avec traces de ces irritations et phlegmasies.

Chez une petite fille qui se trouvait à l'hôpital des Enfants, nommée Chey (Marie), âgée de dix ans et dix mois, chez laquelle on avait

Mais l'affection peut être tout-à-fait locale, résulter d'une sorte de perversion du système nerveux de la partie. L'influx nerveux ne se répartit pas entre les fléchisseurs et les extenseurs ; ces derniers s'en trouvent privés. Il y a défaut, manque d'innervation à l'égard de l'une ou de l'autre série de muscles antagonistes, paralysie de ceux-ci ; ce qui est comparable, sous certains rapports, à ce qui se passe lors de la production du strabisme. Quand ces contractures locales isolées sont récentes, elles ne sont accompagnées d'aucune lésion ; mais quand elles sont anciennes, on trouve certains muscles épaissis, mous, décolorés, graisseux, etc. Les contractures des membres (1) font d'ailleurs, ainsi que les rigidités du cou et du tronc, assez souvent partie du cortége symptômatique des phlegmasies encéphalo-méningées et rachidiennes.

Voici une observation de contracture essentielle recueillie, dans la clinique de M. Guersant et qui a été publiée par Constant.

CINQUANTE-CINQIÈME OBSERVATION.

Contracture des extrémités supérieures et inférieures, combattue sans succès par une foule de moyens topiques.. — Emploi des bains généraux. — Guérison.

Pierre-Auguste Thomas, âgé de quatre ans, doué d'une bonne constitution, ayant le teint frais et un embonpoint assez marqué, issu de parents exempts de toute affection nerveuse, fut pris, à l'âge d'un an, sans cause connue, d'une

observé pendant un mois une contracture musculaire permanente des fléchisseurs des membres et des symptômes d'une entéro-colite, on trouva à l'autopsie une légère teinte rosée de la substance grise du cerveau ; un peu de sérosité transparente dans les ventricules, les parties cérébrales moyennes et la moelle épinière saines et intactes, mais une infiltration séreuse générale du tissu sous-arachnoïdien.

(1) Mais se rencontrent aussi sans aucune altération appréciable du côté des centres nerveux, de même que la paralysie d'un membre n'est pas toujours dépendante d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement encéphalique. Nous avons, en effet, observé chez les enfants plusieurs cas de paralysie partielle résultant évidemment d'affection nerveuse locale, et qui ont cédé à l'emploi d'un traitement local.

contracture des extrémités supérieures et inférieures qui guérit spontanément au bout de quelques jours. Pendant les trois années qui suivirent, cet enfant jouit d'une bonne santé, et n'éprouva, malgré le travail de la dentition, ni convulsions, ni autres phénomènes nerveux. Au commencement de janvier 1833, nouvelle contracture qui persista pendant quinze jours; enfin, au commencement de mars de la même année, le même accident s'est remarqué sans céphalalgie, sans rachialgie antécédente ou concomittante. Le 5 mars, jour de son entrée à l'hôpital, nous observâmes les phénomènes suivants : rigidité permanente des extrémités supérieures et inférieures, accompagnée d'une douleur assez vive des parties contractées; les doigts, soit à droite, soit à gauche, sont demi-fléchis, les poignets sont entraînés dans la flexion; les muscles de l'avant-bras offrent la dureté du marbre; extension forcée des deux pieds, qui sont en outre portés en dedans; demi-flexion des orteils; rigidité des muscles de la jambe. La progression est tout-à-fait impossible; le malade ne peut saisir aucun objet avec les mains; du reste pas de trouble de l'intelligence, la tête est bien conformée ainsi que le rachis; intégrité des fonctions des appareils digestif, circulatoire et respiratoire. On applique sur les extrémités des cataplasmes émollients, on soumet le malade à l'usage des bains. Le 12, il y a une amélioration notable; les douleurs ont complétement cessé; l'enfant commence à marcher, mais avec beaucoup de difficultés. Au bout de quelques jours, exacerbation des symptômes; contracture des mêmes parties, très-prononcée et accompagnée de douleurs aiguës; on applique plusieurs fois des sangsues autour du poignet, qui déterminent un léger érysipèle de l'avant-bras et n'amènent aucun changement. Des émissions sanguines sont pratiquées sur le trajet du rachis; on applique sur la face dorsale de la main des vésicatoires, à l'aide desquels ont introduit un quart de grain d'acétate de morphine; on a recours deux ou trois fois à l'emploi de ce moyen, qui échoue ainsi que tous les autres topiques. Ce malade se trouvait encore dans la salle Saint-Jean lorsque M. Guersant prit le service le 1 avril. Ce

médecin renonça aussitôt à tous les topiques; il prescrivit des bains tièdes, et une nourriture substantielle; il ordonna qu'on promenât cet enfant au grand air, et qu'on le traînât dans un petit chariot. Sous l'influence de ces moyens, l'amélioration fit des progrès; bientôt la progression devint possible; on le fit marcher à l'aide d'un de ces chariots dont se servent les gens de la campagne pour leurs enfants en bas-âge; quelques légers purgatifs furent administrés pour combattre la constipation à laquelle cet enfant était sujet, et à la fin d'avril la guérison fut complète.

Pendant le trimestre, nous avons observé la même maladie chez trois autres enfants. L'un d'eux, âgé de 11 ans, présentait en même-temps les symptômes d'une affection épidémique régnante. Un bain lui fut administré; dès le lendemain de son entrée la contracture avait complètement disparu. Les autres ont succombé à des maladies intercurrentes, et à la nécropsie nous n'avons trouvé aucune altération des nerfs, des muscles et des centres nerveux qui pût rendre raison des phénomènes observés pendant la vie. Dans cette affection, comme dans la chorée, il existe une perversion du système nerveux, appréciable par ses effets, mais dont la nature intime nous échappe complètement. M. Guersant la désigne sous le nom de *contracture essentielle*. Le plus ordinairement cette affection cède à un traitement fort simple. M. Guersant, convaincu de l'inutilité des topiques, y a complètement renoncé. Il se borne à l'emploi des bains généraux et de légers antispasmodiques à l'intérieur. Les moyens hygiéniques doivent seconder les effets de cette médication.

Quelquefois les convulsions donnent lieu a des paralysies persistantes ou non, générales ou partielles des muscles d'une région du corps et le plus souvent d'un membre. Ces paralysies partielles sont la cause de difformités ou déviations nombreuses par suite du défaut ou du manque d'antagonisme de la part des puissances musculaires.

Ces paralysies sont-elles toujours le résultat de congestions plus ou moins légères, mais toujours assez intenses pour oc-

casioner une compression capable d'éteindre la sensibilité dans quelques points des centres nerveux? Sont-elles les résultats d'épanchements sanguins plus ou moins limités? ou enfin ne dépendent-elles que d'une modification purement locale survenue dans le sytème nerveux de la partie?

Nous croyons ces trois suppositions également admissibles. Voici du reste un exemple appuyé de l'avis de M. Guersant qui peut tendre à augmenter le degré de probabilité de la dernière explication.

CINQUANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Coqueluche survenue à l'hôpital, chez un enfant de deux ans et demi, atteint d'une paralysie du membre inférieur gauche, mort au bout de quelque jours, à la suite de symptômes cérébraux. La paralysie s'était manifestée, il y avait environ cinq semaines, à la suite de convulsions survenues inopinément. Trois jours avant la mort, des symptômes convulsifs éclatent de nouveau et se renouvellent jusqu'à la fin.

Nécropsie. Crâne. : L'arachnoïde était parfaitement transparente et nullement adhérente; les vaisseaux de la pie-mère notablement injectés; la subsance cérébrale offrait un piqueté assez prononcé. Du reste, nul épanchement, nulle altération du côté de la moelle épinière, et du membre paralysé.

Suivant M. Guersant, la paralysie était indépendante d'une lésion organique du cerveau et de la moelle, et lui a paru exclusivement liée à une modification du système nerveux de l'organe affecté; modification insaisissable sur le cadavre.

Les convulsions cloniques sont caractérisées par des mouvements de contraction avec relâchement brusque et alternatif des muscles. L'accès convulsif général est accompagné de mouvements désordonnés, d'efforts violents, avec précipitation des battements du cœur, turgescence et couleur violacée de la face, coloration et chaleur de la peau; plus rarement refroidissement et pâleur; respiration irrégulière, saccadée, suspirieuse, spasme de la glotte; cris inarticulés; grincement des dents; roulement, renversement des yeux, tiraillements des traits;

parfois sorte d'hémiplégie faciale; et fréquemment déjections involontaires. La prédominance du système nerveux est tellement marquée chez certains enfants, qu'il est peu d'affections graves qui ne s'accompagnent chez eux de quelques désordres de l'innervation. Le délire, l'assoupissement, les convulsions se montrent fréquemment au début des fièvres exanthématiques et dans une foule de phlegmasies accompagnées d'un mouvement fébrile intense. Il importe donc d'analyser avec le plus grand soin les troubles de la sensibilité et de la motilité pour distinguer ceux qui sont purement sympathiques de ceux qui sont liés à une altération de texture de l'axe cérébro-spinal et de ses membranes. Les yeux sont souvent agités de mouvements convulsifs, affectés de strabisme. La dilatation des pupilles est fréquemment un signe infidèle; il faut néanmoins en tenir compte, car la présence d'autres symptômes peut lui donner de l'importance.

Les convulsions sont particulièrement chez les jeunes enfants, chez ceux à la mamelle le plus souvent partielles et pour ainsi dire faciales (1). Tout à coup les yeux tournent, se renversent, se fixent dans une direction, en même temps qu'assez souvent une commissure des lèvres est déviée, que la tête s'injecte. Ces accidents se prolongent ou se renouvellent diversement : nous les avons vu durer huit jours, de six, à huit reprises par jour, chez un jeune enfant, qui se rétablit. Après avoir employé les sangsues, les frictions mercurielles, les bains, les antispasmodiques, nous eûmes recours, en dernier lieu, à des vésicatoires placés aux cuisses.

Ces convulsions presque bornées à la face sont appelées vulgairement convulsions internes. Il s'y joint aussi néanmoins quelquefois des tremblements de la tête et des mains, des spasmes de la glotte (2), de l'œsophage, etc.

Une foule d'affections, de névroses pourraient être rangées parmi les convulsions ou les spasmes partiels. Les convulsions

(1) Nous dirons quelques mots à la fin de cet ouvrage sur l'hémiplégie faciale des nouveau-nés.

(2) Voir plus loin l'article où il est question des *Faux croups*.

sont encore continues ou intermittentes, avec intermittence régulière ou non. Parmi les convulsions continues se trouvent le tétanos, la chorée, etc.; tandis que l'épilepsie, l'hystérie font partie des convulsions intermittentes, avec ou sans régularité. Plusieurs auteurs, entre autres C. Medicus et Alibert, ont rapporté des cas de convulsions sous les différents types tierce, quarte, double-tierce, etc., et cessant par l'usage du quinquina. Quand les convulsions déterminent la mort, celle-ci arrive par l'encéphale, qui trop vivement sur-excité, a cessé d'agir ensuite par une sorte d'épuisement : ou elle a lieu par asphyxie; la respiration étant gênée et se faisant irrégulièrement, les poumons s'engorgent. Après ces suites fatales l'autopsie laisse voir fréquemment une injection plus ou moins étendue, plus ou moins prononcée, générale ou partielle de l'encéphale et de ses enveloppes; très-fréquemment aussi le cœur, les gros vaisseaux et les poumons se trouvent gorgés de sang. M. Andral dit avoir observé plusieurs fois le cerveau et ses membranes exsangues, chez des enfants morts au milieu de convulsions : ces faits ne sont pas les seuls. Ainsi que la pléthore ou la congestion locale, l'anémie, le manque nécessaire de sang paraîtrait, en effet, susceptible de déterminer des perturbations de l'innervation. Les animaux que l'on fait périr d'hémorrhagie terminent en effet leur agonie dans les convulsions : les saignées, les pertes de sang accidentelles que subissent certaines personnes délicates et nerveuses, donnent souvent lieu à des attaques de nerfs. Ces faits physiologiquement se conçoivent, car pour la régularité dans la marche des fonctions, certaine mesure entre elles est nécessaire; il faut une sorte d'équilibre fonctionnel.... Le dynamisme vital, la statique médicale ne sembleraient point de vaines théories.

Nous avons précédemment insisté sur l'opportunité, dans le traitement de ces affections, des évacuations sanguines, quand il y a turgescence de la face, gonflement des veines etc., et sur l'indication plus spéciale des révulsifs, des bains, des antispasmodiques consécutivement ou quand le pouls est faible et lent, la peau froide et pâle, etc. Nous terminerons en quel-

ques lignes ce que nous croyons encore utile d'ajouter, et qui ait rapport à la thérapeutique. En mentionnant la compression des carotides, proposée par quelques auteurs, notamment par M. Trousseau, nous dirons que ce moyen ne nous semble ni toujours exempt de danger, ni toujours praticable. Cette compression ne peut-elle également, en s'étendant sur les veines, gêner le retour du sang veineux et accroître les accidents? Puis quelle serait vis-à-vis des familles la position du médecin, si la mort survenait pendant qu'il comprime ainsi le cou de l'enfant? Ce que dit à l'avantage de ce moyen le docteur Petel (dans le nº de février 1838 du *Journal des Connaissances méd.-chirurg.*), modifie peu notre opinion à cet égard.

Après les premières prescriptions, après sur-tout avoir satisfait d'abord à la nécessité indiquée des évacuations sanguines; et quand enfin les accidents se renouvellent ou persévèrent, nous recourons à un moyen qui nous a maintesfois parfaitement réussi, et qui consiste dans l'application d'un ou deux larges vésicatoires vers les extrémités inférieures (partie internes des cuisses). Que l'effet soit purement révulsif ou dérivatif, qu'on le considère comme dynamique, comme résultant de l'absorption de la cantharidine, dont l'action, au dire des médecins italiens, est hyposthénisante relativement au système nerveux spinal. Soit enfin que l'impression produite change le mode d'être, le mode d'excitation du système nerveux, toujours est-il que nous avons eu lieu de nous applaudir du succès. Nous avons parfois ajouté à cette médication, quelques particules de morphine, employées d'après la méthode endermique sur la surface dénudée par les vésicatoires, soit même administrées à l'intérieur; quand d'autres fois c'était l'oxide de zinc, le musc et la poudre de Carignan (25 ou 30 centigrammes répétés même plusieurs fois par jour), que nous choisissions pour ce dernier usage. Mais revenons à la forme périodique de quelques névroses.

D'après l'autorité de Bichat, Reil, Gall, Broussais, etc., l'on n'hésite pas à considérer le grand sympathique comme l'agent spécial de l'influence nerveuse organique : mais pourquoi

alors, quand il se manifeste du côté des viscères où se distribue ce nerf, certains phénomènes de l'ordre et de la nature de ceux dont l'on a coutume de faire l'apanage des maladies nerveuses, pourquoi lorsque ces phénomènes se passent dans la sphère d'action du trisplanchnique, ne pas accuser celui-ci? L'on parviendrait peut-être à expliquer cette sorte de contradiction en se rappelant la domination et les prétentions exagérées de l'école anatomo-pathologique; en se rappelant le préjugé attaché à cette assertion : que sont généralement *qualifiées de nerveuses les affections inconnues, obscures ou ignorées;* en se rappelant enfin l'absence possible des traces anatomiques de la part des névroses et la nécessité pour certains esprits, prétentieusement positifs, de trouver réunies, pour la détermination et la distinction des maladies, tout à la fois les lésions matérielles et les troubles fonctionnels *très-suffisamment* caractérisés. Mais néanmoins tous les phénomènes et altérations morbides ne se circonscrivent pas dans ce qu'ils ont de très-appréciable sur le cadavre! Le système nerveux, partie intégrante et importante de l'organisme, est loin d'être exempt des influences, causes et conditions maladives qui atteignent tous les rouages de la machine humaine, et la délicatesse, la ténuité, l'état complexe de son organisation doit le mettre quelquefois à l'abri de nos investigations physiques imparfaites; bien que du reste assez fréquemment plusieurs de ses lésions ne restent point étrangères à l'anatomie pathologique. Il s'agirait-donc, en définitive, de faire voir l'analogie qu'offrent les phénomènes de la fièvre intermittente simple avec ceux des névroses; et de démontrer que le groupe capital des symptômes, qu'on attribue à celle-ci, point de l'appareil organique abdominal.

Plusieurs célèbres auteurs ont en effet placé le siége de la fièvre intermittente dans le système nerveux; nous citerons parmi eux Boerhaave, Borelli, Cullen, Stoll, Selle, Franck, etc.

Boerhaave et Stoll l'attribuaient à une affection inexplicable des nerfs; Cullen accuse une diminution de l'énergie du cerveau, l'atonie et le spasme des extrémités des vaisseaux; Selle la fait dépendre en partie d'une irritation particulière du sys-

tème nerveux, et notamment des nerfs des premières voies; J.-P. Franck s'est rapproché de cette opinion..... Enfin cette fièvre, au sujet de laquelle peuvent être négligées les opinions et explications surannées concernant la bile, l'atrabile, les altérations d'humeurs, les obstructions, etc., etc., a été considérée aussi comme une névrose de la portion cérébro-spinale du système nerveux, et en particulier par M. Rayer. Suivant Pinel, elle a son siége tour à tour dans le cerveau, les vaisseaux, les organes digestifs, le système nerveux; elle a été regardée par Broussais comme une gastro-entérite périodique; le docteur Boisseau (1) ne voit dans ces maladies que des irritations d'un ou de plusieurs organes, donnant lieu à des phénomènes intermittents (2): mais, en résumé, pour nous l'analogie entre elles et les autres névroses est très-grande. Beaucoup de faits et de circonstances concourent d'ailleurs à établir, même à cet égard, une sorte d'identité: l'action marquée du quinquina sur ces affections et sur les autres névroses est chose connue. Il a été remarqué que dans les névralgies étendues et douloureuses, et qu'en général dans les névroses, ainsi que dans les fièvres intermittentes, la sécrétion de l'urine était très-souvent semblablement modifiée. Observons encore que la dénomination de fièvre larvée a été également appliquée aux névralgies et aux inflammations intermittentes et qu'il a fallu plus qu'une grande ressemblance pour faire confondre, sous une même dénomination, divers états morbides. Insistons enfin sur le phénomène de l'intermittence simultanément propre à ces genres de maladies (3).

(1) *Pyréthologie physiologique.*

(2) Dans le *Dictionnaire de médecine*, à l'article fièvre intermittente, par M. le docteur Litré, il est dit que, par des considérations physiologiques, on arrive à associer au système nerveux les principaux symptômes qui caractérisent la fièvre intermittente; que la nature de cette maladie est ignorée; qu'elle n'est pas une inflammation; qu'elle n'a pas de siége anatomique, etc.

(3) L'intermittence est un des caractères des troubles de l'action nerveuse. Le quinquina est évidemment un modificateur spécial du sys-

Les écrits fourmillent au reste d'observations de névroses, ou névralgies, affectant tous les différens types admis d'intermission; il en est encore une récemment publiée dans la *Gazette médicale* du 15 avril 1837, ayant trait à une névralgie frontale quotidienne, tierce, double-tierce, puis quotidienne.

Les névroses sont caractérisées par des aberrations dans l'influence nerveuse. Les névroses ou maladies nerveuses, ainsi que l'a exprimé Broussais, sont fréquemment *constituées par des phénomènes sympathiques transformés en symptômes prédominants ou maladies essentielles :* elles sont constituées par des troubles, par des dérangements directs ou indirects, sympathiques ou symptômatiques, généraux ou locaux dans l'action nerveuse, le plus souvent se rattachant à quelque lésion matérielle locale des annexes ou des centres de l'innervation, ou même d'autres parties de l'organisme, plus ou moins intimement, spécialement et individuellement en relation sympathique avec certaines portions du système nerveux, ou ses principaux foyers. Ainsi les irritations directes ou sympathiques du cerveau, les altérations organiques, les productions accidentelles intra-crâniennes, les irritations, les inflammations, les lésions locales des nerfs et les affections viscérales diverses..... Ainsi toutes les causes capables d'accroître ou d'exaspérer plus ou moins vivement, passagèrement, d'une façon progressive, permanente ou périodique, l'irritabilité locale des nerfs, ou celle des parties centrales de la sensibilité, de modifier plus ou moins l'état physiologique des propriétés vitales de ces organes, peuvent susciter des troubles nerveux, des dérangements

tème nerveux. Son action, est prouvée par sa propriété d'être généralement opposée avec succès aux états morbides par accès. Dans ces temps, l'intervention pathogénique du système nerveux avait trop été annihilé. Il serait peut-être utile qu'il reprît, comme au temps de Cullen, le rôle important qui souvent lui appartient dans le cours des maladies. Ce n'est pas tout de s'enquérir des lésions matérielles organiques, il faut aussi s'occuper de ce qui constitue la majeure partie des propriétés vitales, de l'influence nerveuse des perturbations fonctionnelles survenues dans l'innervation, dans ce moteur général de l'économie.

fonctionnels, des spasmes généraux ou locaux plus ou moins intenses, plus ou moins longs, plus ou moins répétés, plus ou moins graves. La névrite peut être la cause de douleurs névralgiques, de névralgies (1); les aliments indigestes, les irritations gastro-intestinales peuvent occasioner des gastralgies ou entéralgies; l'état d'orgasme de certains organes ou appareils d'organes, ainsi qu'il arrive lors de l'établissement ou de l'époque de la menstruation, ou lors de l'envie, du besoin instinctif de rapprochement des sexes, détermine d'une façon analogue les phénomènes hystériques. Les causes morales et toutes celles qui ont un retentissement vers les centres nerveux, sont également susceptibles d'amener consécutivement des perturbations fonctionnelles. Il est néanmoins des cas de névroses au sujet desquelles la physiologie et l'anatomie pathologiques restent muettes. Mais que les lésions matérielles, que les circonstances

(1) Les douleurs suivent le trajet d'un nerf, les névralgies sont rares chez les enfants et n'offrent pas du reste d'autres particularités. C'est aussi l'avis de M. le docteur Valeix, qui, dans l'ouvrage qu'il vient de publier sur les névralgies, s'exprime de la sorte (*Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs*, Paris, 1841):

Je ne connais qu'une seule observation de névralgie développée dans la première enfance, c'est une névralgie lombaire qui eut lieu chez une fille à l'âge de cinq ans ; dans la seconde enfance, cette affection se rencontre un peu plus fréquemment, mais bien rarement encore. Ce n'est qu'à dater de l'adolescence que la névralgie se manifeste assez souvent pour n'être plus regardée comme une affection exceptionnelle. J'ai réuni dans le tableau suivant deux cent quatre-vingt-seize faits qui pourront servir à faire connaître l'influence de l'âge dans ces maladies ; ces observations appartiennent aux névralgies de toute espèce :

de 1 à 10 ans.	2
10 à 20	22
20 à 30	68
30 à 40	67
40 à 50	64
50 à 60	47
60 à 70	21
70 à 80	5
Total	296

générales, que les conditions, que les incidens auxquels elles se lient, échappent encore quelquefois; ce n'est point du moins ce qui a toujours lieu; car il advient que plusieurs de ces mêmes maladies, parfois réputées tout-à-fait essentielles, peuvent au contraire, dans d'autres occasions, être rattachées au groupe plus nombreux de celles qui procèdent de quelque lésion organique ou de quelque modification accidentelle dans le rhythme physiologique.

§ II. L'épilepsie (1) est particulièrement tantôt idiopathique

(1) L'épilepsie est une maladie apyrétique, chronique et intermittente du cerveau, principalement caractérisée par des attaques convulsives en général de courte durée, avec perte subite et complète de connaissance, turgescence rouge et violacée de la face, distorsion de la bouche et des yeux, immobilité des pupilles, écume à la bouche. Lors de l'attaque le malade jette un cri, tombe à terre, et se présente alors dans l'état suivant : insensibilité complète; le bruit, la lumière, les odeurs, la douleur la plus vive ne font aucune espèce d'impression ; les veines du cou se gonflent, la face se tuméfie et devient rouge, violette et même noirâtre ; la bouche se garnit d'écume; tout le système musculaire est dans un état de convulsion, de raideur, presque tétanique. L'état convulsif est plus marqué d'un côté que de l'autre, d'où la distorsion de la bouche, des yeux, la contorsion de la tête, la rétraction et la raideur plus considérables dans les membres d'un côté. Le globe de l'œil est fixe ou roulant dans l'orbite ; les pupilles sont dilatées, quelquefois contractées, toujours immobiles ; les mâchoires sont ordinairement rapprochées et se meuvent de manière à saisir et déchirer la langue, quelquefois à briser les dents. (Georget, *Dict. de méd.* en 21 vol., article ÉPILEPSIE.) Les mouvements respiratoires sont remplacés par des secousses brusques et saccadées de la poitrine; l'air agité dans la bouche s'y combine avec des mucosités qu'il rend écumeuses et qui viennent couvrir les lèvres. Les membres se contournent parfois d'une manière extraordinaire; les pouces sont fortement accolés à la paume de la main ; enfin les lèvres deviennent bleuâtres, les veines jugulaires se distendent énormément, le cœur bat avec force et quelquefois tumultueusement, et les malades lâchent souvent sous eux l'urine et les matières fécales, en même temps que leur peau se couvre d'une sueur abondante. Le plus souvent les convulsions cessent par degrés, etc. (Fabre, *Dict. des dict. de méd.*)

L'épilepsie se présente assez souvent sous une autre forme (c'est le vertige épileptique) dans laquelle il n'existe ni convulsions, ni turges-

et tantôt symptômatique; on l'a vue coïncider et se lier avec une foule de lésions organiques ou même de circonstances pathologiques accidentelles; nous en avons cité plusieurs exemples dans les articles qui précédent; on l'a vue disparaître à la suite de l'expulsion d'entozoaires(1), à la suite de la guérison d'affections gastro-intestinales, etc.; d'autres fois, elle existe sans laisser après elle ou pendant sa durée, aucune trace ni vestige, ni indication que l'on puisse reconnaître et accuser. Il en est de même de la chorée, il en est également ainsi à l'égard de l'hystérie. Souvent le malade, à l'approche d'un accès d'épilepsie, indique le siége, le point de départ de l'affection; indique, en quelque sorte, le siége *de son épine Van-Helmont*. Ainsi on en voit qui ont d'abord la tête comme *rompue*, les yeux injectés, la face colorée; il paraît alors que *l'attaque* est due à une congestion vers le cerveau. D'autres fois l'épilepsie est *spinale :* il y a douleurs dans les lombes, fourmillement, etc. La maladie peut aussi être liée à des altérations organiques, à des affections locales du système nerveux des membres, et les accidents, les troubles se propagent, remontent vers le tronc. Le patient a quelquefois conscience de cette transmission, il en éprouve une sensation vague (aura epileptica) (boule hystérique); le sentiment du *point de départ* est, dans quelques cas, vif, poignant, aigu (*clou épileptique ou hystérique*). Quelquefois le point de départ a mené à la découverte de la cause de la maladie principale, et l'on s'en est servi à l'avantage de la thérapeutique; mais dans l'épilepsie que l'on ne peut rattacher *à priori* à aucune cause, à aucune atteinte, ou accident, ou lésion, on échoue souvent dans

cence de la face, ni écume à la bouche; il suffit pour la constituer d'une perte subite de connaissance, avec insensibilité générale, relâchement des muscles, chûte ou seulement vacillation du tronc. La tête s'incline sur la poitrine ou se renverse en arrière; mais après cette attaque, qui souvent n'a pas duré une minute, la connaissance revient, le malade continue l'action dans laquelle il a été interrompu, sans avoir la conscience de ce qui s'est passé. (A. Foville, *Dict. de méd. et de chirur. prat.*, t. VII, p. 413).

(1) Voir plus loin l'article où il est question des vers intestinaux.

le traitement, on essaie, on cherche, on se hasarde, en un mot, on fait de l'empirisme ; ainsi, tour à tour ont été employés alors avec des alternatives variées de succès et de revers, les évacuations sanguines, les purgatifs, la valériane, l'opium, le musc, le castoréum, l'oxyde de zinc, l'indigo, le nitrate d'argent, etc., etc. Cette affection, appelée à tort mal des enfants (éclampsie) (1), se montre quelquefois vers l'époque de la naissance, et disparaît vers la révolution de la puberté. Quelques jeunes épileptiques n'atteignent pas l'adolescence; d'autres fois la maladie persiste jusqu'au terme des âges suivants, et quelquefois c'est seulement après l'époque de l'enfance qu'elle se déclare : en somme, elle paraît plus fréquente vers les premières époques de la vie que vers celles qui la complètent. Il arrive aussi que le point de départ soit illusoire, et que l'autopsie ne confirme pas son importance; mais fort heureusement ce n'est pas de là que tous les symptômes et toutes les indications partent et se déduisent.

L'hystérie à beaucoup d'analogie avec l'épilepsie; elle est moins grave que cette dernière : ici il n'y a pas de perte complète de connaissance, ni écume à la bouche, ni flexion, contraction des pouces et autres épiphénomènes; les symptômes ne sont souvent que locaux. Cette affection se manifeste plus souvent chez les femmes, et surtout chez les jeunes filles pubertes; elle semble tenir à la congestion utérine menstruelle, ou se lier à un état d'orgasme vénérien : elle ne se déclare guère en effet avant l'époque de l'entrée en scène, de l'établissement fonctionnel des organes génitaux, avant les approches ou le signal de la puberté ou de l'adolescence. Les évacuations

(1) On a donné le nom d'éclampsie aux convulsions épileptiformes des enfants, à l'épilepsie accidentelle; mais l'on réserve encore plutôt cette dénomination aux convulsions dont les femmes enceintes peuvent être affectées pendant la grossesse, le travail, ou les suites de couches, (convulsions puerpérales qui paraissent dépendre d'une congestion de l'encéphale et de la moelle.) Nous ne voyons pas la nécessité de désigner par le terme d'éclampsie par un mot à signification peu précise, les convulsions des enfants avec perte de connaissance.

sanguines locales, le sous-carbonate de fer, les eaux ferrugineuses, comme emménagogues, les antispasmodiques, les bains froids, etc., ont fréquemment réussi dans le traitement de cette affection.

Dans les recherches sur l'épilepsie et l'hystérie, publiées dans les *Archives générales de médecine*, juillet 1836, parmi plusieurs relevés statistiques curieux, il a été constaté que les attaques épileptiques revenaient à-peu-près également la nuit et le jour; que celles hystériques n'avaient presque jamais lieu la nuit; que la période mensuelle était la période la plus commune pour le retour des attaques d'hystérie et d'épilepsie. Un cerveau faible et un système nerveux utérin prédominant, constituent les conditions les plus favorables d'aptitude à l'hystérie.

L'anatomie pathologique a souvent démontré que la véritable source des affections convulsives, et en particulier des accès épileptiques était dans le cervelet et dans la moelle épinière, et que la nature de cette source était le plus souvent inflammatoire. Il convient, autant que possible, au lieu d'admettre des maladies nerveuses, *sine materia*, de s'élever avec le flambeau de la phylosiologie, des symptômes aux organes d'où ils émanent, et de chercher dans ceux-ci les véritables conditions matérielles avec le scalpel, le microscope à la main et la logique dans la tête, et plutôt enfin que de baser les indications sur quelques symptômes mal étudiés.

Il est évident néanmoins qu'il y a une épilepsie idiopathique et une sympathique, mais dans l'un et l'autre cas il y a souffrance de l'encéphale. Chez un malade, au rapport de M. Esquirol (1), une ligature au-dessus du genou prévenait l'accès qui paraissait prendre son origine dans une cicatrice douloureuse placée au-dessous. Un malade affecté de bubon, obtient la résolution de sa tumeur, mais aussitôt après il éprouve un accès d'épilepsie : un vésicatoire appliqué dans l'aîne fait reparaître le bubon, et le malade est guéri de son

(1) *Des maladies mentales*, Paris, 1838.

épilepsie (Andral). Portal dirigeait particulièrement le traitement du côté et dans le sens de l'*aura*, dont il recommande beaucoup de rechercher le point de départ (1). M. Foville, aux articles Névrose du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* vante l'huile essentille de térébenthine dans le traitement de cette affection, et blâme l'emploi du nitrate d'argent vanté par M. Lombart. En Prusse on a particulièrement signalé les bons effets de l'indigo. La dose doit être élevée jusqu'à ce que les urines se colorent en bleu ; néanmoins il ne faut pas dépasser 8 grammes par jour. Plusieurs médecins ont également constaté en France quelques succès obtenus par ce moyen ; mais ce remède a été aussi regardé comme nul ou même comme nuisible par quelques praticiens. Enfin, le sulfate de cuivre ammoniacal, à la dose de 2, 5, 15 ou 20 centigrammes par jour forme la base des pilules conseillées par Biett.

§ III. « La danse de Saint-Guy, dit Sydenham, est une sorte de convulsion qui arrive principalement aux enfants de l'un et l'autre sexe, depuis l'âge de dix ans, jusqu'à l'âge de la puberté. Elle commence d'abord par une espèce de boitement ou plutôt de faiblesse d'une jambe, que le malade traîne comme font les insensés. Ensuite elle attaque le bras du même côté. Ce bras étant appliqué sur la poitrine ou ailleurs, le malade ne saurait le retenir un moment dans la même situation, et quel qu'effort qu'il fasse pour en venir à bout, la distorsion convulsive de cette partie le fait continuellement changer de place. Avant que le malade puisse porter à sa bouche un verre plein de liqueur, il fait mille gestes et mille contours. Ne pouvant s'y porter en droite ligne, parce que sa main est écartée par la convulsion, il le tourne de côté et d'autre, jusqu'à ce que ses lèvres se trouvent à portée du verre; il le vide promptement et l'avale tout d'un trait. On dirait qu'il ne cherche qu'à faire rire les assistants. »

(1) *Observations sur la nature et le traitement de l'épilepsie,* Paris, 1827.

Cette description, ainsi que l'observe le docteur Fabre (1), sans contenir toutes les variétés de la chorée, s'applique cependant à un assez grand nombre de cas pour que l'esprit soit frappé immédiatement de la fidélité avec laquelle sont reproduites les principales circonstances de la maladie. La chorée, dit-il ailleurs, est fréquemment générale, mais le plus souvent elle est partielle....... La chorée du visage produit les grimaces les plus singulières, la mimique la plus ridicule.... Les muscles affectés commencent à être le siége de soubresauts involontaires d'abord obscurs, puis de plus en plus manifestes.

M. Dufossé (2) a étudié avec soin les mouvements involontaires des choréiques; il les rapporte à deux séries : dans la première, il place ceux qui résultent de la combinaison des mouvements involontaires avec les mouvements volontaires dont les muscles malades ne sont pas complètement privés; dans la seconde il range les mouvements purement involontaires auxquels il assigne les caractères suivants : 1° de consister en secousses d'intensité variable, laissant entre elles des temps de repos dont la durée n'a rien de précis; 2° de ne pas cesser lorsqu'on comprime les muscles; 3° d'être involontaires; 4° d'être suspendus ou diminués par le sommeil.

M. Rufz (3), sur vingt-cinq cas, a vu la chorée occuper cinq fois les muscles gauches, une fois les muscles droits, quatre fois le bras gauche, une fois le bras droit ; neuf fois elle était générale, et deux fois alors les mouvements étaient plus prononcés à gauche qu'à droite.

Les mouvements involontaires des choréiques sont augmentes par les émotions vives, la crainte, la honte qu'ils éprouvent quand on les examine. Ces mouvements ont encore cela de remarquable, qu'ils ne déterminent pas de dureté dans les muscles qui en sont le siége, les chairs restant molles pendant la contraction (Chomel).

(1) *Dict. des Dict. de méd.*, article CHORÉE.
(2) Thèse, 1836.
(3) *Arch. gén. de méd.*, t. IV, 1834.

La chorée est le plus ordinairement continue, quelquefois intermittente ou rémittente ; sa durée est ordinairement longue : elle récidive parfois. M. Rostan parle de l'autopsie d'une femme de cinquante ans, qui, depuis son enfance était affectée de chor e.

Il est généralement reconnu que cette affection est plus commune chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons.

Dans plusieurs autopsies que M. Taupin a eu occasion de faire dans des cas de chorée, il n'a rien trouvé qui put expliquer les désordres qu'il avait observé pendant la vie.

On a remarqué la coïncidence de la *chorée* avec une foule de maladies; aussi se rencontre-t-elle alternativement avec la phthisie pulmonaire, avec les phlegmasies gastro-intestinales, les affections cérébrales, les productions *accidentelles* intra-crâniennes (1); on l'a vue exister pendant la présence de vers intestinaux, et disparaître après leur expulsion; nous avons observé sa coïncidence avec un ramolissement de la portion lombaire de la moelle épinière, avec l'hydrocéphalie (2); on l'a vue se lier à un surcroît d'excitation passager des organes génitaux; on l'a rencontrée dans d'autres circonstances sans avoir pu l'unir sur le cadavre à des traces matérielles ; sans pouvoir, pendant la vie, la lier à quelqu'autre trouble, à quelque dérangement fonctionnel; mais la continuité des recherches cliniques et anatomiques aura probablement pour résultat de diminuer encore le nombre des *maladies purement nerveuses*, des *chorées essentielles;* etc., les émissions sanguines, le quinquina, la valériane, les sels de fer, les bains sulfureux, les bains froids, les affusions froides, les anthelmintiques, etc., employés aussi d'une manière méthodique, suivant les indications, ou d'une façon tout-à-fait empirique, l'ont été avec des alternatives variées de réussite et d'insuccès.

Il arrive quelquefois que la chlorose se trouve unie à la chorée, alors ce n'est pas la névrose que guérissent directe-

(1) Voir pag. 185.
(2) Voir pag. 176 et 228.

ment les préparations martiales, mais bien l'état général sous l'influence duquel cette maladie s'était dévéloppée.

Dans le *Bulletin thérapeutique*, de juin 1835, se trouve une note du docteur Constant, sur l'emploi des bains froids dans le traitement de la chorée : sont cités à l'appui quelques faits recueillis à l'hôpital des Enfants, où en effet les bains froids seuls (ou associés à l'assa fœtida, à l'oxyde de zinc, à la valériane, aux pilules de Méglin, au sous-carbonate de fer, dans les cas les plus rebelles) forment la base du traitement employé chez les choréiques. Dupuytren professait que le bain froid était spécifique dans la danse de Saint-Guy; il le donnait par immersion, et administrait en même temps les pilules de Méglin. A l'hôpital des Enfants, où on a reconnu aux immersions quelques inconvénients, l'on se contente de prescrire le bain froid à la température de quinze à dix-huit degrés, le malade y reste pendant une heure : le régime est fortifiant. Les saignées générales ou locales (sur le trajet du rachis), vantées par Sydenham et J. Franck, ne trouvent que fort rarement leur indication.

Le docteur Ress, de New-York, a employé depuis plusieurs années, dans plus de deux cents cas de chorée, l'arséniate de potasse, tel qu'il est prescrit dans la solution de Fowler (six à huit gouttes, de sept à seize ans, et chez les adultes dix, quinze à vingt, en augmentant ainsi graduellement et matin et soir); non seulement il prétend que ce médicament ne produit aucun accident, mais il assure qu'il guérit à coup sûr (1).

Nous reproduisons une observation avec quelques réflexions, déja également publiées par Constant.

CINQUANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Chorée intense, exaspérée par de nombreuses applications de sangsues sur le trajet de la colonne vertébrale. — Emploi des bains sulfureux. — Guérison en quatorze jours. — Cas analogues.

Dubois, âgé de douze ans, entra à l'hòpital le 12 mai, ac-

(1) *Gazette médicale*, du 20 février 1840.

cusant dix-neuf jours de maladie. Ce garçon, d'une constitution médiocrement forte, fut atteint, il y a un an, d'une affection grave qui le retint deux mois au lit et sur la nature de laquelle il n'a pu nous fournir aucun renseignement. Depuis cette époque, il n'avait pas éprouvé le plus léger malaise. Il allait à l'école et travaillait avec beaucoup d'ardeur. L'instituteur était très-satisfait de ses progrès. Dans la dernière quinzaine d'avril, sans cause connue, il fut pris de tremblement de la langue; la prononciation devint extrêmement difficile. Bientôt les membres supérieurs et inférieurs furent agités de mouvements choréiques; il ne put porter un verre d'eau à sa bouche sans y mettre les deux mains; ne put monter un escalier. Les muscles de la face et des yeux étaient tellement agités qu'il faisait d'horribles grimaces. Sa figure portait l'empreinte de la stupidité; ses facultés intellectuelles s'affaiblirent notablement. Un médecin ordonna les bains tièdes puis des sangsues sur le trajet du rachis. On en appliqua quatre-vingt-quinze en trois fois sans amélioration notable.

A l'époque de son entrée à l'hôpital, mouvements saccadés irréguliers des muscles des quatre membres, de la face et du tronc. Ils sont aussi marqués à droite qu'à gauche. Progression impossible, si le malade n'est soutenu sur le bras d'une autre personne; il ne peut porter un verre de tisanne à sa bouche sans en renverser une grande partie. Il est triste; morose; son facies est celui d'un idiot. Du reste, pas de céphalalgie; pas de douleurs de membres. La sensibilité est intacte; la force des muscles paraît notablement affaiblie. Au milieu de ce trouble général du système nerveux, la langue est restée naturelle; l'appétit est conservé; la soif est médiocre. Selles quotidiennes; pouls à quatre-vingt-un, régulier; chaleur de la peau naturelle; pas de trouble fonctionnel de l'appareil respiratoire. On le soumet à l'usage des bains sulfureux; on lui donne pour boisson une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger, et on lui accorde des aliments substantiels. Cinq jours après son entrée le malade reçoit la visite de ses parents, qui remarquent déjà un changement notable. Les bains sulfu-

reux sont pris régulièrement tous les jours, excepté le dimanche; les mouvements diminuent chaque jour, et la guérison est complète le 26 mai, jour de la sortie du malade.

Chez un autre enfant de cinq ans, couché dans la même salle, la même médication a été employée avec le même succès. Les émissions sanguines pratiquées avec profusion chez Dubois n'amenèrent aucune amélioration. Ce moyen peut être de quelque utilité chez les enfants forts, vigoureux, alors que la chorée s'accompagne de symptômes inflammatoires; mais il ne doit jamais être porté trop loin. M. Guersant a vu dans sa pratique civile beaucoup d'enfants qui, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, étaient tombés dans un état de faiblesse vraiment déplorable, sans amendement des symptômes choréïques, et qui n'ont guéri qu'après qu'on a substitué, aux émissions sanguines, un traitement stimulant, soit interne, soit externe. La chorée se manifeste le plus ordinairement chez des enfants chétifs, de constitution délicate et très-irritables. Cette maladie tient à une perversion de l'innervation dont la nature nous échappe; mais à coup sûr elle est indépendante de toute inflammation des centres nerveux. Pendant le premier trimestre de 1833, une jeune fille, atteinte d'une chorée des plus intenses, a succombé à une péritoine intercurrente. Le cerveau, la moelle ont été examinés avec le plus grand soin, nous n'y avons pas trouvé la moindre altération. M. Serres avait été porté, par quelques faits, à rattacher la chorée à une inflammation des tubercules quadrijumeaux. Cette partie du cerveau était exempte de toute altération chez le sujet dont il est ici question. M. Guersant, qui a eu occasion de faire quelques autopsies de choréiques, nous a affirmé ne l'avoir jamais rencontrée. Quoi qu'il en soit, les bains sufureux paraissent jouir d'une grande efficacité dans cette affection. Dans le service des filles, chez lesquelles la chorée est bien plus commune, M. Beaudeloque a employé les bains sulfureux avec un très-grand succès. De douze choréïques admis dans son service pendant les trois premiers mois de 1833, dix ont guéri après dix, douze ou quinze jours de traitement. L'autre a succom-

bé à une péritoine intercurrente. La douzième se trouve encore dans les salles ; c'est une jeune fille qui se livre depuis long-temps à la masturbation, dont il a été impossible de la guérir ; elle est réduite au dernier degré du marasme ; et ici la médication a échoué, parce qu'il a été impossible de faire disparaître la cause sous l'influence de laquelle la chorée s'est manifestée. Cette malade a pris également, sans aucune espèce de succès, la strychnine et une foule d'antispasmodiques. Les bains sulfureux dont on fait usage à l'hôpital des Enfants, se préparent avec quatre onces de sulfure de potasse pour huit voies d'eau, et s'administrent à la température de vingt-quatre à vingt-six degrés, suivant la saison.

§ IV. Différentes dans leurs symptômes, dans leurs manifestations, les maladies intermittentes ont un caractère commun de ressemblance, mais borné à l'accès.

Dans les maladies intermittentes simples, l'intermittence est complète, et pendant cette époque l'état de santé est parfait, ou à peu de chose près. Les maladies intermittentes sont idiopathiques, ou symptômatiques, suivant que l'on ne peut les rattacher à aucune lésion organique, constante et bien déterminée, ou au contraire les attribuer ou les lier à des traces matérielles appréciables sur le cadavre. Les maladies intermittentes ne doivent être considérées comme telles que lorsque les symptômes généraux et locaux affectent réellement et également l'intermission. Quand les phénomènes généraux, les phénomènes sympathiques disparaissent seuls et se représentent avec régularité et par accès, la maladie primitive n'est pas intermittente, mais elle se complique de fièvre intermittente ; ou bien encore elle est rémittente, si la réaction générale, quelle qu'en soit l'intensité, l'accompagne sans cesse et ne se reproduit qu'avec des redoublements à l'époque des accès. Le paroxisme, qu'il ne faut pas confondre avec l'accès de la fièvre intermittente, le paroxisme ou l'aggravation, l'exacerbation, qui fréquemment survient pendant le cours des maladies dont le type est continu, à des intervalles égaux ou inégaux, et qui dépend de causes physiques générales, de certaines lois ou conditions in-

hérentes à l'organisme (1); les paroxismes sont cause qu'à été singulièrement étendue la circonscription des maladies intermittentes, dont il faut élaguer bon nombre d'observations, comme leur étant tout-à-fait étrangères.

Parmi les maladies intermittentes simples, ou non compliquées, se comptent la plupart des névroses ou névralgies, avec ou sans lésion matérielle appréciable, et enfin la fièvre intermittente, au sujet de laquelle toutes les imaginations se sont particulièrement exercées. Il serait au moins inutile de reproduire ici tout ce qui a été dit du reste sur les stades de froid, de chaleur et de sueur, ou sur les différents *types* déterminés par l'ordre, l'arrangement et le retour des accès; mais il nous importe de répéter que la fièvre intermittente, ainsi que l'hystérie, quelques convulsions et l'épilepsie est considérée par nous comme une névrose. Ainsi, mais conséquemment à ce que nous avons exposé précédemment, l'épilepsie a pour siége l'appareil cérébro-spinal; l'hystérie, certaines portions des nerfs de la vie organique, et plus spécialement les parties hypogastriques, et la fièvre intermittente ceux de ces organes qui se répartissent plus particulièrement dans l'appareil gastro-intestinal.

D'après cette théorie, beaucoup de phénomènes, de circonstances et de résultats physiologiques et pathologiques cadrent, s'accordent et s'expliquent. En ce qui concerne la fièvre intermittente en particulier, ces modifications, ces troubles, ces

(1) Les paroxismes, dans presque toutes les maladies, ont lieu le soir, vers l'entrée de la nuit, précisément vers l'époque où, selon le vœu de la nature, doit commencer le repos de certaines fonctions, *l'intermittence de la vie animale*, ou doit se faire sentir et réagir sur le reste de l'économie la fatigue de certaines portions de l'organisme; il semble donc probable que de ces dernières circonstances dépendent les exacerbations vespérales qui s'observent dans la plupart des états morbides. La distinction des deux vies (vie animale et vie organique) a été basée par l'illustre Bichat sur l'observation physiologique de l'intermittence et de la continuité d'action de certains organes ou appareils d'organes.

dérangemens fonctionnels dans l'innervation relative à certaines régions de la vie organique, peuvent avoir pour effets de suractiver intempestivement, d'impressionner d'une manière anormale les voies digestives et leurs annexes, et comme en l'imminence des actes périodiques de la digestion, appellent alors de toute la périphérie et font affluer le sang vers les diverticules, vers les organes parenchymateux de l'abdomen. Cette sorte de centralisation accidentelle, anormale, fournit une solution de ce qui se passe dans la période de *froid* (1); et comme actions et réactions sont dans les facultés inhérentes à l'organisme, des mouvements contraires se font consécutivement sentir, et enfin la sur-activité périphérique s'épuise par la super-sécrétion des sécrétoires du système dermoïde : peu-

(1) La cause de l'accès de froid est celle de tous les symptômes qui surviennent dans le cours du paroxisme (Cullen, pag. 15).

La matière fébrile fatigue et irrite la nature, qui excite dans le corps un frisson, comme pour marquer l'horreur dont elle est saisie (Sydenham, *Médecine pratique*, pag. 49).

La concentration des forces à l'intériuer, ou l'accumulation violente de sang dans les capillaires des viscères, qui existe durant la période du froid des intermittentes, devient surtout funeste au poumon pendant la saison froide; mais dans l'été, et dans les pays chauds, ses effets sont plutôt ressentis par les organes de la digestion (Broussais, *Phleg. chron.* pag. 589).

Broussais fait remarquer aussi que les fièvres intermittentes, par l'effet du refoulement central des fluides, lors de la période de froid, disposent aux anévrysmes des gros vaisseaux et du cœur, aux congestions *pulmonaires* et aux phlegmasies des voies aériennes.

Les nerfs vagues et tri-splanchniques, suivant la plupart des physiologistes, président aux fonctions organiques. Le nerf pneumogastrique fournit le plus grand nombre de ses filets au poumon, au cœur, et à l'estomac; le grand sympathique, dans son trajet de la tête au bassin, distribue successivement ses rameaux à toutes les parties, s'accolant aux artères, et concourant avec ces vaisseaux à la composition du parenchyme de tous les organes. Que l'on associe également au même genre d'affection le grand et le petit sympathique, l'explication reste la même, et suffit pour rendre compte des phénomènes attribués aux fièvres pernicieuses, aux fievres *intermittentes, hémoptoïques, péripneumoniques, catarrhales, asthmatiques*, etc., etc.

vent donc encore en dernier lieu s'expliquer ainsi toutes les particularités des stades de *chaleur* et de *sueur*. Que l'on confie à la circulation, ou que l'on dirige immédiatement le quinquina, des amers, ou, en un mot, des toniques vers la surface digestive, le but (d'après la théorie qui précède) est, par la stimulation, par l'impression produite, de troubler la régularité de l'intermittence morbide, en sollicitant l'arrivée d'un nouvel accès en l'absence de la réunion de toutes les conditions (atmosphériques et autres) favorables à son retour. Le but est encore d'opérer quelque modification locale dans la vitalité, modification souvent favorable (1) au rétablissement physiologique du jeu naturel des fonctions, que les forces vitales, que cette providence intérieure (selon l'heureuse expression de Broussais) tend sans cesse à maintenir ou replacer dans l'ordre voulu pour la santé; modification qui n'est fréquemment que le résultat (quoique non calculé de la sorte) auquel aboutissent plusieurs médications.

Quant au phénomène de l'intermittence elle-même, on a cherché à l'expliquer de bien des manières; et sans parler du recours aux influences sidérales, on a invoqué les lois naturelles de l'intermittence fonctionnelle, une sorte d'habitude semblable de l'économie dans les actes physiologiques et morbides, et l'on a accusé aussi l'intermittence d'action des causes manifestes ou occultes, etc. Quoi qu'il en soit, il est à remarquer que les névroses affectent particulièrement le type intermittent (2).

(1) C'est dans ce sens qu'agissent également, dans certains cas de névrose, directement ou par transmission sympathique, les médicamens antispasmodiques (stimulants diffusibles).

On calme fréquemment les anomalies de l'action du système nerveux en l'excitant, en changeant son état présent. (Barbier, *Matière médicale*).

On a guéri des fièvres intermittentes en administrant 1 gros d'éther au moment de l'accès. (Barbier, *Matière médicale.*) Un vomitif, un purgatif ont parfois agi dans le même sens.

(2) Reil attribuait l'intermittence des maladies à celle de l'action organique en général et notamment à celle de la nutrition. L'idée d'at-

Les complications de la fièvre intermittente sont fréquentes et nombreuses, et il devait en être ainsi ; car les connexions sympathiques du système nerveux en général et de l'appareil digestif en particulier, sont en effet importantes et nombreuses(1). Dans ces diverses maladies compliquées, la fièvre intermittente précède ou suit, et elle prend le nom de fièvre intermittente *pernicieuse* quand une complication survient tout-à-coup et avec intensité. Les engorgements chroniques, les développements hypertrophiques de la rate et du foie sont des conséquences des stimulations et des congestions périodiques et répétées de ces viscères (2) occasionées par les *accès*.

Beaucoup de maladies peuvent provoquer le développement de la fièvre intermittente ; mais parmi elles les phlegmasies aiguës ou chroniques des organes digestifs semblent devoir être placées en première ligne ; ces affections d'ailleurs viennent fréquemment en outre compliquer celle-ci.

L'humidité froide ou chaude saturée des effluves des terrains bas, humides, marécageux, des mares, des étangs, des lacs, des eaux stagnantes, des rivières qui coulent lentement, ou les émanations qui s'élèvent des cadavres d'animaux ou de végétaux en putréfaction, produisent fréquemment les fièvres intermittentes par l'effet de l'ingestion, du contact et de la circulation de cet

tribuer l'intermittence des maladies à l'intermittence des causes qui les produisent et à la tendance des organes à répéter les mouvements qu'ils ont exécutés une ou plusieurs fois, ainsi que le fait le docteur Roche, paraît fort heureuse à M. Boisseau (*Pyréthologie physiologique*, Paris, 1831, pag. 521. — Roche et Sanson, *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicales*, Paris, 1833, t. V, p. 711).

Broussais regarde la digestion comme une fonction éminemment intermittente.

Les organes de la sensibilité jouissent d'une intermittence de fonctions nécessaire à l'entretien de leur activité.

(1) Les complications de la fièvre intermittente avec les inflammations aiguës ou chroniques des organes digestifs sont les plus fréquentes et les plus graves ; Broussais et Pinel en ont publié maintes observations.

(2) Ubi stimulus ibi fluxus ; ubi fluxus ibi stimulus.

air vicié dans le tube intestinal (Broussais, *Phlegmasies chr.*). L'on sait l'influence des causes morales, des passions sur les fonctions digestives; et l'on connaît leur influence sur la production des névroses et des fièvres intermittentes.

Ces considérations tendent encore à confirmer plusieurs de nos propositions.

Les phlegmasies concomitantes des voies digestives sont quelquefois sourdes et peu manifestes. La disparition de la phlegmasie gastro-intestinale entraîne fréquemment celle de la fièvre intermittente, ou la place dans des conditions beaucoup plus favorables et faciles pour en obtenir la guérison. Ainsi que l'a observé et décrit le professeur Broussais, les affections intestinales présentent des exacerbations, lors des accès de fièvres intermittentes; il en est de même des autres complications, et ces maladies, au contraire, s'amendent et quelquefois même guérissent par le fait du départ de la fièvre d'accès.

Si les toniques employés dans les cas de phlegmasies gastro-intestinales peuvent quelquefois bien faire en réveillant, en rétablissant à point, en modifiant convenablement l'excitation des points malades : dans ces maladies compliquées de fièvre intermittente, il y a chance de plus pour leur succès, puisque la disparition de cette dernière est une circonstance favorable pour l'affection du ventre. Cependant il est loin d'être toujours facile de pouvoir discerner les circonstances opportunes pour l'administration des amers et du quinquina. Ainsi donc, dans ces cas complexes, écueils et dangers partout, et le médecin prudent, au lieu de se hasarder dans l'emploi périlleux des remèdes *héroïques*, préfère, en telle occurrence, ne pas s'écarter des modestes voies d'une médication circonspecte et rationnelle; il combat l'affection phlogistique des voies digestives (1),

(1) D'autant plus que les évacuations sanguines employées (avec opportunité, sous le rapport de la force du sujet et de l'état du pouls) dans les fièvres intermittentes et rémittentes, abattent l'orgasme inflammatoire, agissent comme moyen révulsif, ou dérivatif loin du centre de la fluxion. Elles ont encore pour résultat de rompre, à titre de moyen perturbateur l'appareil, fébrile.

et s'assure bien de sa disparition ou de sa non-existence, avant de tenter l'action des toniques. Cette réserve est surtout convenable dans la médecine des enfants, chez lesquels, en général, l'obscurité des maladies est plus grande, chez lesquels est plus grande aussi la fréquence des irritations sourdes des viscères abdominaux, chez lesquels sont plus communs les simples paroxismes, et chez lesquels enfin, sont plus rares les fièvres intermittentes.

Nous reproduisons ici deux observations recueillies par M. Constant, à l'hôpital des Enfants, et déjà publiées par lui dans la *Gazette médicale.*

CINQUANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Fièvre intermittente quotidienne, vainement combattue par la ligature des membres, guérie par le sulfate de quinine.

Baudet, âgé de dix ans, arrivé de la Savoie à Paris depuis six semaines, entra à l'hôpital le 18 mai, accusant quatre jours de maladie. Les parents ne furent pas interrogés sur les antécédents, et le malade, d'une intelligence très-obtuse, ne put nous fournir aucun renseignement sur son état.

Le 19, à la visite du matin, il était sans fièvre; la chaleur de la peau était naturelle; les voies digestives en bon état. La respiration était pure; il n'y avait ni toux ni expectoration. (On permit du lait.) Le 21 et le 22, la religieuse fut témoin d'un accès de fièvre qui commença vers dix heures du matin et se termina vers quatre heures de l'après-midi. Le 23, à dix heures et demie, nous trouvâmes le malade dans l'état suivant : Décubitus sur le côté gauche; teinte violacée des extrémités inférieures, qui sont fléchies et rapprochées du tronc; frisson avec tremblement; céphalalgie; pouls facile à déprimer, à peine sensible. A midi et demie, peau chaude, pouls fréquent : cent soixante pulsations, soixante-seize inspirations; soif vive (le malade boit deux pots et demi de tisane en trois quarts d'heure). A trois heures, la peau est halitueuse; le pouls est descendu à cent vingt-huit, et la respiration à quarante-huit. Le 24 au matin, dans l'apyrexie, pouls à quatre-vingt douze;

respiration normale; chaleur de la peau naturelle. L'accès revient à dix heures environ. Pour combattre celui du lendemain, on prescrit la ligature des quatre membres. On applique une ligature à chacun des membres supérieurs et inférieurs, environ un quart d'heure avant l'accès, qui n'est pas du tout modifié. Le lendemain, emploi du même moyen; l'accès présente encore ses trois stades de frisson, de chaleur et de sueur, qui offrent la même durée et la même intensité que les jours précédents. Le malade se plaint beaucoup des ligatures qui lui causent, dit-il, de vives douleurs. Les membres ont une teinte violacée extrêmement prononcée. Le malade éprouve un sentiment d'engourdissement dans les mêmes parties.

Les deux jours suivants, on les applique au commencement de l'accès, qui n'en est pas plus modifié. Enfin, dans la soirée du 29 et dans la matinée du 30, on administre 12 grains de sulfate de quinine; le frisson manque; les stades de chaleur et de sueur sont moins intenses. Le malade se plaint de douleur épigastrique. On donne alors le sulfate de quinine en lavement à la dose de 20 grains. Il y a encore un léger mouvement fébrile de midi à trois heures; le pouls est remonté de quatre-vingt douze à cent. Le 1er juin, l'accès manque complètement. A deux heures, le pouls bat soixante-huit fois par minute. A dater de ce jour, on accorde au malade du bouillon et des potages. On continue le sulfate de quinine, dont on diminue progressivement la dose, et l'enfant quitte l'hôpital, entièrement guéri, le 3 juin.

La ligature des membres a, dans ce cas, complètement échoué. Elle a été néanmoins employée avec assez de persévérance. Tantôt elle a été pratiquée avant l'invasion des frissons, tantôt au début de l'accès. Deux fois on a lié les quatre membres; deux fois on s'est borné à la ligature de deux d'entre eux. Dans tous les cas il y a eu douleur vive, accompagnée d'un engourdissement et d'une teinte violacée des membres. Ce moyen thérapeutique, fort employé jadis comme antipériodique, a été retiré depuis quelques années de l'oubli dans lequel il était justement tombé; nous l'avons vu employer chez

un certain nombre de sujets; mais il a été souvent infidèle. M. Chauffard, d'Avignon, l'a expérimenté sur une grande échelle; mais bien peu des faits qu'il relate déposent en faveur de son efficacité. Comme nous, il a été obligé, après avoir vainement employé la ligature, de recourir aux préparations de quinquina. Ce n'est que lorsque ce dernier moyen a échoué, qu'on peut tenter la ligature malgré tous ses inconvénients. Du reste, le malade dont il est question ici, toussa pendant tout le cours de son séjour à l'hôpital. Il rentra huit ou dix jours après sa sortie avec une bronchite générale extrêmement intense, qui s'amenda sous l'influence d'un traitement antiphlogistique fort énergique, mais qui n'a pas été complètement résolue. Il tousse toujours; il est pris chaque soir d'une fébricule qui se termine par des sueurs nocturnes. Il est très-probable que la fièvre intermittente quotidienne dont il était affecté se liait à un travail de tuberculisation pulmonaire qu'il n'est pas possible de révoquer en doute aujourd'hui. On doit se défier de ces fièvres intermittentes à type quotidien dont les accès reviennent le soir.

CINQUANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Fièvre intermittente quotidienne, avec embarras gastrique.— Emploi de l'épicacuanha. — Guérison.

Breton, âgé de quinze ans, admis à l'hôpital le 12 avril, arrive des environs de Corbeil, où il habite une maison située sur le bord de la rivière. A l'âge de douze ans, il fut pris d'une fièvre intermittente tierce qui dura pendant deux années consécutives, et céda enfin à l'usage des préparations de quinquina qu'on lui administra à Paris. Depuis quinze jours, il éprouve chaque soir un frisson qui dure plusieurs heures, qui est suivi de chaleur et de sueur. L'accès se prolonge jusqu'au lendemain matin. Le malade a continué à se livrer à ses occupations; mais depuis six jours, l'appétit est notablement diminué; le malade éprouve de la répugnance pour les aliments; la bouche est pâteuse; l'épigastre est douloureux à la pression; il existe une céphalalgie intense.

Le 13, à la visite du matin, céphalalgie sus-orbitaire; légère teinte ictérique des conjonctives, des ailes du nez et des commissures des lèvres; malaise général; douleurs contusives dans les membres; langue large, humide, couverte d'un enduit jaune verdâtre; bouche pâteuse; anorexie, soif modérée; douleur épigastrique, sans qu'on exerce aucune pression sur la région de l'estomac; léger endolorissement du reste du ventre, qui conserve sa souplesse; selles rares; toux peu fréquente; expectoration de quelques crachats muqueux; pouls à quatre-vingt-quatre. Aucun autre désordre fonctionnel appréciable. (Oxymel, pédiluve, diète.) Le soir, accès commençant par un frisson suivi de chaleur et de sueur, qui persistent jusqu'au lendemain. Le 14, l'apyrexie est complète à l'heure de la visite; le pouls est à 68. Du reste, même état des voies digestives : même répugnance pour les aliments, même malaise. Apparition d'un *herpes phlyctenodes* occupant l'oreille gauche. (Même prescription.) L'accès du soir revient et présente toujours trois stades bien caractérisés. Le 15, il n'est survenu aucun changement dans l'état du malade. On prescrit 12 grains d'ipécacuanha qui donnent lieu à des vomissements abondants de bile porracée. Le soir, l'accès manque complètement. Le lendemain 16, la langue est en partie détergée, mais conserve son humidité normale. La soif est modérée; la bouche a cessé d'être pâteuse; l'appétit revient; l'épigastre est, d'après le rapport du malade, plus douloureux à la pression que la veille. Le reste du ventre est complètement indolent; le pouls bat soixante fois par minute. (On accorde du lait.) Le 17, la douleur épigastrique est entièrement dissipée; le pouls est normal; la langue naturelle; toutes les fonctions sont à l'état normal. (Soupe et bouillons.) On augmente graduellement la dose des aliments, et cet enfant quitte l'hôpital sans avoir éprouvé le moindre malaise depuis l'administration de l'ipécacuanha.

L'ipécacuanha, dans ce cas, a non-seulement fait disparaître tous les symptômes d'embarras gastrique qui se montraient durant l'apyrexie, mais il a fait cesser encore les accès de fièvre intermittente. Si l'accès, comme cela arrive quelquefois,

n'eût été qu'incomplètement modifié, nous n'aurions pas hésité à recourir aux préparations de quinquina, dont l'action est beaucoup plus sûre après l'administration d'un vomitif qui a débarrassé les premières voies. Telle était la pratique de Sydenham, de Stoll, de Fr. Hoffmann, de Frank, etc.; c'est encore celle de quelques praticiens de nos jours.

CHAPITRE III.

Des affections bucco-pharyngiennes et laryngées (affections *des premières voies*, de l'entrée des voies digestives et aériennes.)

I.

Stomatites, angines simples, couenneuses, gangreneuses; muguet angine pultacée, etc.

§ I. Les angines pharyngiennes et laryngées, l'amygdalite, et les stomatites simples, sont plus rares dans l'enfance qu'aux autres époques de la vie; mais il en est tout le contraire à l'égard de ces phlegmasies avec altération de sécrétion, de tissu, avec production de fausses membranes, etc. Les stomatites couenneuses, gangreneuses, le muguet, l'angine pultacée, la diphthérite, le croup, etc., se produisent, en effet, incontestablement plus souvent chez les enfants que chez les adultes et les vieillards.

La douleur, la chaleur, la rougeur, le gonflement local; la difficulté d'avaler, particulière dans l'angine pharyngienne, celle de respirer dans l'amygdalite et l'angine laryngée, les modifications dans le timbre de la voix, enfin la réaction générale, etc., (1), sont aussi les symptômes qui existent dans ces circonstances chez les enfants; mais avec cette différence que chez ceux trop peu âgés et trop peu raisonnables pour rendre exactement compte de leurs sensations, permettre un examen attentif de leur état et maîtriser la mauvaise humeur résultat de leur souffrance, l'appréciation des symptômes est plus ou moins difficile et incomplète, le diagnostic plus ou moins obscur. Il est encore une considération qui doit accroître, en général, la gravité du pronostic et augmenter l'importance et les précautions du traitement (2). C'est que ces phlegmasies diver-

(1) Voir les articles consacrés au croup et au pseudo-croup.

(2) Voir les divers modes de traitement indiqués aux différentes variétés d'angine.

ses et *simples* ont une tendance toute spéciale, à l'époque du jeune âge, à revêtir les formes et les caractères particuliers qui constituent quelques-unes des dangereuses variétés que nous avons déjà nommées. Dans quelques cas, de nouveaux signes, le plus ordinairement mieux appréciables, puisqu'ils tombent davantage sous les sens, se surajoûtent aux phénomènes précédents. C'est surtout sur ces derniers que nous insisterons; car c'est particulièrement sur ce que les maladies ont de spécial et sur ce qu'il y a de maladies spéciales dans le jeune âge, qu'il faut généralement insister dans un traité de pathologie relatif à l'enfance : reproduire minutieusement tous les traits des affections les plus vulgaires à toutes les époques de la vie, les plus communes et les plus connues, serait se condamner et condamner le lecteur à des redites sans fin, aux détails les plus inutiles et les plus fastidieux.

§ II. *Les stomatites couenneuses et gangréneuses* s'observent surtout pendant la période des deux dentitions et durant leur intervalle, chez les sujets d'une mauvaise constitution, déjà malades, dans les lieux où il y a encombrement, et où sont accumulées les causes d'insalubrité. Cependant la première de ces affections se manifeste aussi parfois dans des circonstances opposées, assez souvent alors elle succède à quelque blessure de la muqueuse buccale, soit produite par une dent, soit déterminée par une brûlure, etc. Aux symptômes locaux de l'irritation qui constituent la stomatite simple, se joint, dans la stomatite couenneuse, l'apparition de petites plaques blanchâtres ou d'un gris jaunâtre, entourées d'un cercle rouge. Ces plaques sont irrégulières, inégales, oblongues, quelquefois linéaires, rarement bien circonscrites. Elles s'établissent avec une sorte de préférence sur les bords de la langue, sur les côtés du frein de cet organe et à l'extérieur des gencives. L'haleine est fétide, la salivation abondante, les glandes cervicales plus ou moins engorgées. Les plaques exsudées se détachent, et laissent à leur place une ulcération superficielle; elles se renouvellent, ou au lieu de se détacher, elles sont plus ou moins lentement résorbées. Si la maladie, loin de tendre vers la résolution, conti-

nue à faire des progrès, la gangrène ne tarde pas à se déclarer (v. obs. 2, p. 62). Elle peut atteindre les gencives, les lèvres, les joues, dans toute leur épaisseur, et s'étendre jusqu'au tissu osseux, aux alvéoles et même aux arcades dentaires, qui sont frappées de nécrose. Mais les accidents ne sont pas toujours aussi graves, et la gangrène limitée à quelques points de la bouche, ne met point obstacle à la guérison.

SOIXANTIÈME OBSERVATION.

Gangrène de la bouche. — Cautérisation avec le nitrate acide de mercure. — Guérison (1).

Louis Janvier, âgé de dix ans, était depuis environ six mois dans le service des dartreux, lorsqu'il commença à se plaindre de la bouche dans les derniers jours de décembre.

Le 31, nous le trouvâmes dans l'état suivant : tuméfaction et renitence de la joue gauche, dont la coloration exérieure ne diffère pas de celle du côté opposé. La pression n'est pas douloureuse, l'haleine est fétide; l'expuition est abondante et mêlée de sang; à la partie interne de la joue gauche, au niveau des dents de la mâchoire inférieure, existe une escarre grisâtre, superficielle, longitudinale, qui s'étend de l'amygdale gauche à une très-petite distance de la commissure des lèvres. La muqueuse qui entoure l'escarre est rouge-livide et boursoufflée; les gencives du même côté offrent un aspect fongueux, et on y remarque également quelques points gangréneux. L'amygdale gauche est très-tuméfiée, mais elle n'offre ni ulcération, ni escarre, ni exsudation membraniforme. Légère gêne de la déglutition; engorgement des ganglions cervicaux du côté gauche. Le côté droit de la bouche est intact; les voies digestives sont en bon état; le pouls est petit et bat quatrevingt-seize fois par minute; la respiration est pure ; il n'existe pas de toux; l'œil est bon; pas de prostration; l'intelligence est intacte. (Limonade,

(1) Observation publiée par Constant, dans la *Gazette médicale* du 15 février 1834.

un pot; décoction de quinquina acidulée avec l'acide sulfurique, un pot; cautérisation de l'escarre avec le nitrate acide de mercure; introduire de temps en temps du chlorure de chaux en poudre dans l'intérieur de la bouche; deux bouillons.)

Le 1er janvier, peu de changement; on continue la même médication, à laquelle on joint un gargarisme avec le miel rosat et la décoction de quinquina. Le 2, l'escarre persiste, mais elle est moins étendue; autour d'elle existe une vive rougeur. La pression de la joue est devenue douloureuse. Autour de la commissure des lèvres existe une légère exsudation membraniforme. Même fétidité de l'haleine, expuition toujours sanguinolente. Les deux premières molaires du côté gauche sont vacillantes. Le 3, l'escarre est entièrement détachée; on suspend la cautérisation; on continue les gargarismes. Le 4, la joue droite est tuméfiée; à l'intérieur on aperçoit deux ou trois taches grisâtres, dans l'intervalle desquelles la muqueuse est très-rouge. Du reste, pas de douleur vive; état général toujours assez bon. On engage le malade à se lever et à prendre de l'exercice. On cautérise le côté droit, et on continue l'usage des mêmes médicaments à l'intérieur. Le 5 et le 6, on continue à cautériser le coté droit. Le 7, l'escarre a complètement disparu; le malade continue à se promener dans les salles; on brosse chaque jour ses dents, et on lui nettoie la bouche avec l'eau de Rabel. L'haleine à cessé d'être fétide. On prescrit des aliments. On cesse dès ce moment l'emploi de tout moyen actif. Il ne survient aucun nouvel accident, et le malade quitte l'hôpital le 15 janvier. La même médication a eu le même succès chez un malade âgé de treize ans, qui a, comme le précédent, contracté la maladie dans l'intérieur de l'hôpital.

Sur quinze cas de gangrène de la bouche que nous avons observés pendant le cours de cette année, la maladie ne s'est terminée heureusement que chez les deux malades dont il vient d'être question. Tous les autres étaient beaucoup moins avancés en âge, et la maladie présentait d'ailleurs de graves complications. Souvent elle coexistait avec une inflammation du parenchyme pulmonaire. Presque toujours elle se manifestait

vers la fin des exanthèmes fébriles. De ces quinze malades, trois seulement ont été amenés du dehors; chez les douze autres, la maladie a pris naissance dans l'intérieur de l'hôpital.

La stomatite couenneuse a été souvent confondue avec les éruptions aphtheuses, moins communes, quoique fréquentes encore chez les enfants. Les aphthes sont néanmoins caractérisés par de petites pustules blanches ou transparentes qui ne tardent pas à s'ulcérer, de sorte que les boutons sont remplacés par des ulcérations arrondies, blanchâtres, jaunâtres et entourées d'un cercle rouge. Ils sont souvent l'indice du mauvais état des premières voies, d'une irritation chronique gastro-duodénale. Si l'on veut admettre parmi les stomatites uue forme *ulcéreuse*, c'est à elles, c'est aux aphthes qu'il faut réserver cette qualification ; car c'est vraiment semer la confusion que de vouloir aussi la donner, ainsi qu'il a été fait, aux ulcérations que met à jour le retrait des pseudo-membranes de la stomatite couenneuse. Une analogie parfois assez grande existe entre le chancre vénérien et l'ulcération aphtheuse : l'un et l'autre succèdent à une pustule plus ou moins petite, et sont en outre caractérisés par une perte de substance plus ou moins profonde, à bords élevés et taillés à pic, à fond grisâtre; mais là cesse la ressemblance, car la gravité de l'une est réelle, et l'importance de l'autre n'est qu'éphémère.

La stomatite couenneuse ne donne guère lieu à de la fièvre, que quand elle est très-étendue ou compliquée. Les phlegmasies buccales qui se terminent par gangrène, sont très-graves : sur quinze cas de gangrène de la bouche, observés pendant le cours de 1833 à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Baudelocque, treize se sont terminés par la mort. La stomatite gangréneuse nous a toujours paru succéder à la stomatite couenneuse et n'être que le dernier terme de gravité de cette affection. Les parties sphacélées sont noirâtres, ramollies, sans distinction de forme ou de tissu et exhalent l'odeur *sui generis*, l'odeur gangréneuse. L'on a également signalé, chez les enfants, la gangrène du pharynx et des amygdales. M. Guersant, dans son article ANGINE du *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes,

dit n'avoir observé que deux exemples d'amygdalites gangréneuses. Ces faits sont excessivement rares ; nous en insérons ici un publié et commenté par Constant, dans la *Gazette médicale* du 16 mai 1834.

SOIXANTE-UNIÈME OBSERVATION.

Variole et scarlatine survenues simultanément chez un individu atteint de purpura hémorrhagica. — Angine gangréneuse sans douleur de gorge. — Symptômes ataxo-adynamiques. — Mort. — Etat sain du cerveau et des voies digistives.

Basquire âgé de dix-huit ans, imprimeur en musique, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, vit tout à coup, vers le milieu de janvier, sa peau se couvrir de taches purpurines. Il ne sut à quelle cause attribuer cette affection, qui ne lui causa aucun malaise, si ce n'est une légère diarrhée alternant avec la constipation. Il se nourrissait bien, travaillait dans un vaste atelier, et couchait dans une petite chambre située au cinquième étage, rue de la Vannerie. Il continua à se livrer à ses occupations pendant les trois semaines qui suivirent l'invasion du purpura hemorrhagica. Il travailla comme de coutume pendant toute la journée du 7 février ; mais le 8, à son lever, frissons répétés, suivis de chaleur et de fièvre, malaise général, céphalalgie intense, douleurs contusives dans les membres et surtout dans les lombes. Dans la journée, vomissements bilieux, repos du lit, diète, boissons adoucissantes. Le lendemain toux sèche, fréquente ; douleur du flanc droit ; diarrhée.

Le 10, il se fit transporter à l'hôpital où il nous présenta, à la visite du lendemain, les symptômes suivants : décubitus dorsal, accablement, face rouge, tuméfiée, injections des paupières, éruption papuleuse qui s'est manifestée pendant la nuit et est inégalement répartie sur la face, le tronc et les membres ; rougeur scarlatineuse des membres supérieurs ; taches de purpura hémorrhagica nulles à la face, confluentes sur le cou, la partie supérieure du tronc et des cuisses. Deux ou trois ecchymoses bleuâtres paraissent résulter d'une contusion récente

et siégent sur les cuisses et le cou; peau chaude; cent vingt-quatre pulsations régulières et peu développées; trente-deux inspirations par minute. Les lèvres sont sèches, fendillées; une exsudation pseudo-membraneuse recouvre leur commissure et une partie de leur face interne; la langue présente sur ses bords plusieurs points pseudo-membraneux, et à son centre un enduit grisâtre fort épais; l'haleine est fétide, la voix nasonnée; le malade ne pouvait ouvrir largement la bouche, sans déchirer les commissures des lèvres, nous ne pûmes constater l'état des amygdales et du pharynx; du reste, la pression des parties antérieurrs et latérales du cou ne fait naître aucune douleur; la déglutition des liquides se fait sans difficulté; soif vive; anorexie; pas de nausées ni de vomissements depuis la veille, endolorissement du ventre sans météorisme; trois déjections liquides et sanguinolentes; malgré l'existence d'une petite toux sèche et incessante, l'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des signes négatifs. (Ipécacuanha, vingt-quatre grains; tartre stibié, un grain, à prendre en deux fois *illicò;* mauve gommée, deux pots, demi-lavement émollient; diète.) Dans la journée trois vomissements abondants, deux évacuations liquides. Le 12, l'éruption variolique s'est affaissée; les papules de la face sont à peine sensibles; sur les bras on aperçoit quelques vésicules offrant une dépression centrale très-manifeste; l'éruption de scarlatine a pris une teinte violacée; les taches de purpura n'ont subi aucune modification notable; la langne est dépouillée d'une partie de son enduit; l'exsudation couenneuse des lèvres persiste; l'haleine conserve sa fétidité; du reste pas de douleur de ventre, pas de nausées, ni de vomissements; pouls à cent-vingt; peau médiocrement chaude; affaissement profond; intelligence intacte. (Décoction de quina, deux pots; julep avec acétate d'ammoniaque; deux gros; bouillons.) Dans la soirée du 12, agitation; délire violent; le malade quitte plusieurs fois son lit et parcourt les salles en poussant des cris; on est obligé de l'attacher. Cet état persiste pendant une grande partie de la nuit, et est remplacé ensuite par un assoupissement profond. Le

18, à la visite du matin, somnolence; occlusion des paupières; réponses tantôt incohérentes, tantot justes; teinte cadavérique de la face, du cou et des avant-bras; il n'est plus possible de distinguer dans ces parties la triple éruption. Orthopnée; soixante inspirations par minute; voix cassée, presque éteinte; fétidité insupportable de l'haleine, pouls petit, donnant cent quatre-vingt-quatre pulsations par minute. Les membres conservent leur chaleur. (Vésicatoires aux membres inférieurs.) Après la visite, l'assoupissement devient de plus en plus profond; le malade ne pousse aucun cri pendant l'application des vésicatoires, et s'éteint à trois heures après midi.

Ouverture du cadavre dix-huit heures après la mort. Habitude extérieure. Rigidité cadavérique très-prononcée; teinte livide de la face, du cou et de la partie postérieure du tronc; taches purpurines très-apparentes à la partie supérieure du thorax et sur les cuisses; éruption de variole à peine sensible.

Cou et poitrine. Les amygdales, la partie inférieure du voile du palais, le pharynx et l'intérieur du larynx, sont tapissés par une couche de détritus brunâtre qu'on enlève avec le dos du scalpel, et qui exhale une odeur gangreneuse; les parties sous-jacentes sont violacées, autour de la glotte et sur la langue on distingue quelques pustules varioliques; dans la trachée et les bronches est contenu un liquide grisâtre exhalant une odeur gangreneuse; la muqueuse qui tapisse cette portion des voies aériennes présente quelques ecchymoses. Les poumons n'offrent aucune adhérence; les cavités pleurales ne contiennent pas de sérosité; la surface des lobes supérieurs est rosée, leur tissu est perméable à l'air; les lobes inférieurs à droite et à gauche présentent extérieurement une couleur brunâtre, ils sont fortement engoués, mais ne se précipitent pas au fond de l'eau; le cœur est de volume normal; ses cavités droites contiennent deux petits caillots fibrineux; le péricarde est sain.

Abdomen. La muqueuse gastrique présente une multitude de petites ecchymoses, qui lui donnent l'aspect de la peau où existaient un certain nombre de taches purpurines; dans l'intervalle de ces taches rouges, la muqueuse est d'un blanc sale,

et offre une assez bonne consistance; l'intestin grêle contient un liquide verdâtre, et une douzaine d'ascarides lombricoïdes; ça et là se présentent aussi quelques ecchymoses; les plaques de Peyer sont peu saillantes, grisâtres et réticulées; le reste de la muqueuse est pâle; sa consistance est normale; le cœcum et le colon transverse contiennent des matières fécales dures; quelques arborisations fines existent ça et là, et deux ou trois ecchymoses de la largeur d'une pièce de dix sous. Du reste, les lambeaux, que fournit la muqueuse du gros intestin, sont d'un demi-pouce environ; le foie est d'un jaune paille et graisse légèrement le scalpel; la rate est à l'état sain ainsi que les reins; les ganglions mésentériques n'offrent aucune altération, la vessie est distendue par une grande quantité d'urine sanguinolente.

Tête. Les vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveau ne présentent qu'une injection médiocre; l'arahcnoïde conserve sa transparence; la pie-mère se détache partout avec facilité de la surface des hémisphères; une once de sérosité à la base du crâne, quelques gouttes seulement dans les ventricules latéraux; la substance cérébrale n'est que médiocrement piquetée; sa consistance est normale; le cervelet et la protubérance annullaire n'offrent aucune altération.

Cette observation a présenté plusieurs circonstances dignes de remarque, qu'il importe de faire ressortir. Et d'abord, malgré les renseignements les plus circonstanciés fournis par le malade et les parents, sur les conditions hygiéniques au milieu desquelles il se trouvait placé, nous n'avons su à quelle cause rapporter l'invasion du *purpurea hemorrhagica* qui précéda de trois semaines la double éruption de variole et de scarlatine. Ce garçon était doué d'une forte constitution; ses muscles étaient très-développés, son embonpoint assez considérable. Il travaillait dans un atelier vaste et bien aéré; il habitait une chambre située au cinquième étage, qui était par conséquent à l'abri de toute humidité. La nourriture dont il faisait usage était assez substantielle. Du reste, aucun accident grave n'accompagna cette affection pendant les trois semaines

qui suivirent son début. Le malade n'éprouva que quelques troubles passagers des fonctions digestives. Il continua à se livrer à ses occupations habituelles, et ne se soumit à aucune espèce de régime.

C'est dans ces circonstances que la variole et la scarlatine prirent naissance. Leurs prodrômes n'offrirent rien de remarquable; mais la marche de l'éruption fut très-irrégulière. Cette combinaison de deux exanthèmes fébriles est extrêmement fâcheuse. A l'hopital des Enfants, où l'atmosphère des salles est en quelque sorte imprégné des miasmes de la variole et de la scarlatine, nous avons plusieurs fois observé cette complication; elle a été presque constamment mortelle.

Quant à l'angine gangréneuse qui a été constatée sur le cadavre, et qui n'avait été que soupçonnée pendant la vie, l'exploration de la gorge n'ayant pu être faite convenablement, nous ne pensons pas qu'elle ait été le résultat d'une phlegmasie intense. Le malade ne s'est jamais plaint de la gorge. Nous avons vainement pressé la partie antérieure du cou, cette pression n'a fait naître aucune douleur. Ce n'est pas dans l'inflammation du pharynx et du larynx qu'il faut chercher la cause de cette altération, mais dans l'état général. La lésion de la gorge était de même nature que ces escarrhes qu'on observe au sacrum pendant le cours des fièvres typhoïdes, que la gangrène de la bouche, qui se manifeste surtout chez les enfants qui ont séjourné plus ou moins long-temps dans l'hôpital. Cette dernière affection, rare dans la pratique civile, est en quelque sorte endémique à l'hôpital des Enfants. Dans la grande majorité des cas, aucun signe de phlegmasie intense ne la précède, ainsi que nous avons eu fréquemment occasion de nous en convaincre. M. Baron, qui s'en est spécialement occupé, avait déjà fait la même remarque.

Les symptômes ataxo-adynamiques étaient dans ce cas tout-à-fait indépendants d'une altération de texture du cerveau et des voies digestives. L'encéphale et ses enveloppes n'ont offert, après la mort, aucune trace de phlogose. Quant aux voies digestives, nous n'y avons trouvé que quelques légères ecchy-

moses de la muqueuse, altération qui accompagne toujours le *purpura hemorrhagica*. Le traitement a été fort rationnel : mais que pouvaient les moyens thérapeutiques contre des accidents aussi formidables?

M. le docteur Taupin (1) comprend sous le nom de stomatite gangréneuse, le charbon des joues et les stomatites couenneuse et ulcéreuse des auteurs. La stomatite gangréneuse est une maladie de l'enfance; M. Taupin l'a observée sur un vingtième environ des enfants malades soumis à son observation, tandis qu'elle ne s'était présentée qu'une seule fois à lui sur dix-neuf cents malades adultes. Pareillement, selon M. Taupin, l'état de maladie antérieur, les causes débilitantes, l'insalubrité, favorisent sa production. Les émissions sanguines et une diète prolongée, le séjour dans les hôpitaux, les scrofules, les affections dartreuses, les fièvres éruptives, agissent dans le même sens. Elle serait plus fréquente chez les garçons que chez les filles, se montre principalement au printemps, à l'automne et surtout par un temps humide. Cette affection, lorsqu'elle existe sous formes couenneuse et ulcéreuse, se montre presque toujours, à l'hôpital des Enfants, d'une façon épidémique. Elle est contagieuse. M. Taupin a souvent constaté qu'elle se communiquait aux enfants qui buvaient au même verre ou mangeaient avec la même cuillère que ceux affectés. Quant à la stomatite charbonneuse, l'auteur ne connaît pas de fait de contagion; rien n'est plus rare que d'observer en même-temps deux cas de stomatite charbonneuse. Selon M. Taupin, cette dernière forme peut être primitive: on voit alors la peau et la membrane muqueuse buccale d'abord parfaitement saines ou seulement légèrement infiltrées d'un liquide gélatineux, se convertir, dans certaines de leurs parties, en une matière d'abord jaunâtre, ensuite noire. A un degré plus avancé, l'épaisseur entière des parois buccales participe à la destruction putride; les os sont noirs, nécrosés, quelquefois en partie détachés. M. Taupin fait

(1) De la Stomatite gangréneuse, par M. Taupin, *Journ. des conn. méd.-chir.*, août 1839.

remarquer qu'on est averti dès le début de la présence de la maladie, non-seulement par l'odeur caractéristique de l'haleine, mais encore par l'abondance et la couleur de la salive; il n'a trouvé les glandes sous-maxillaires gonflées que quatorze fois sur soixante et onze cas de stomatite couenneuse, et que quatre fois sur trente-six cas de stomatite charbonneuse. M. Guersant admet la possibilité de la résorption de la couenne ou pseudo-membrane; nous pensons qu'il s'agit de la même production dans ce que dit au contraire M. Taupin, au sujet de l'escharre, qu'il ne croit, dans aucun cas, susceptible d'être résorbée (1). Quand l'exsudation est récente, outre qu'elle est très-adhérente, les parties circonvoisines sont très-douloureuses; nous ne croyons guère qu'il existe au-dessous de celles-ci, autre chose que l'irritation pathogénique, sans donc pouvoir l'assurer; mais plus tard, quand la pseudo-membrane peut se soulever, ou se soulève spontanément, il existe évidemment au-dessous une ulcération, que M. Taupin a toujours également rencontrée.

Selon ce médecin, cette maladie ne s'étend jamais ni au pharynx, ni au reste du tube digestif, ni aux voies aériennes; et quant à la gangrène, elle n'attaque jamais ni la langue, ni la partie tout-à-fait postérieure de la voûte palatine; sous ce rapport, nos observations sont tout-à-fait conformes aussi aux siennes.

On oppose à la stomatite couenneuse la série des moyens suivants : 1° Quand il y a beaucoup d'inflammation, de gonflement et quand surtout la maladie est encore au début, l'application de quelques sangsues sous les mâchoires; si l'enfant est jeune et chétif, une ou deux de ces annélides suffisent. La région sous-mentale sera garnie de cataplasmes émollients et seront prescrits lotions, collutoires et boissons émollients ; en même temps et s'il n'y a point de contre-indications, seront es-

(1) Nous insistons, au reste, sur la réalité du phénomène de l'absorption des couennes que nous avons pour ainsi dire vu se passer sous nos yeux, par le fait de leur amincissement progressif, de leur amoindrissement et enfin de leur disparition.

sayés quelques laxatifs légers, quelques dérivatifs, vers les extrémités inférieures, et sera placé un vésicatoire au bras; 2° en temps opportun, les liquides émollients et adoucissants seront remplacés par des décoctions et infusions acidulées : telle sera employée la décoction d'orge mondé, de pépins de coings, avec addition de sirop de mûres ou de miel rosat; avec l'alun, le chlorure d'oxyde de sodium. Les plaques et les exulcérations pourront aussi être touchées avec le miel rosat pur; avec le nitrate d'argent, ou avec un mélange de parties égales de miel et d'acide hydrochlorique. En cas de gangrène, les boissons acidulées, les collutoires avec le quinquina gris, seront ordonnés, et dans certains cas, où le mal serait limité, on pourrait avoir recours à l'application du fer rouge, etc.

§ III. L'angine *pultacée* ou *caséeuse* et le *muguet* sont d'autres maladies, ou plutôt sont des terminaisons différentes de phlegmasies de la bouche et de l'arrière-bouche. Cette dernière affection est surtout fréquente chez les enfants faibles et à la mamelle : la première a particulièrement été confondue avec l'angine pseudo-membraneuse, et surtout dans quelques épidémies. Nous ne voyons, du reste, pour notre compte, qu'une bien légère différence entre les deux modes de développement de l'exsudation blanche, auxquels on donne le nom soit d'angine pultacée, soit de muguet. Dans le premier cas, on observe d'abord une vive et uniforme rougeur, et comme scarlatineuse, de la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx, et bientôt l'apparition de flocons blanchâtres, se réunissant pour former une surface plus ou moins épaisse. Dans le second, les papilles buccales apparaissent rouges et hérissées comme dans la scarlatine; puis il se manifeste sur les côtés du frein de la langue, sur son limbe et sa superficie, à la face interne des lèvres, en dehors des alvéoles, sur la voûte palatine, les voiles du palais et la surface interne des joues, de petits points blancs semi-transparents, qui ne tardent pas à devenir d'un blanc mat. Ces points, en se multipliant et se développant, se réunissent et forment une couche plus ou moins uniforme, moins dense, moins grasse, moins épaisse que l'exsudation précé-

dente. Dans l'une et l'autre, cependant, ce sont les phénomènes de la stomatite et de l'angine qui précèdent et accompagnent. L'irritation paraît plus franche et en quelque sorte moins exclusive dans l'angine pultacée; elle semble, dans le muguet, atteindre surtout les papilles et les glandes mucipares. L'une et l'autre de ces exsudations peuvent s'étendre dans l'œsophage. Le muguet, plus particulièrement, fut retrouvé quelquefois dans la trachée, l'estomac, le gros intestin : son moindre caractère aigu rend jusqu'à un certain point raison de la possibilité de ce surcroît d'extension. M. le docteur Denis n'a jamais trouvé de muguet dans le petit ou le gros intestin. Cette altération de sécrétion a été rencontrée par Billard, non-seulement aussi dans l'estomac, mais dans le reste du tube digestif.

MM. Véron et Guersant parlent du muguet de l'estomac et du gros intestin, comme d'une chose assez rare, et considèrent celui de l'intestin grêle comme plus rare encore (1). Le muguet est surtout commun vers l'époque de la naissance, quoiqu'il soit possible de l'observer (mais très-rarement) à tous les âges. Nous n'avons jamais rencontré le muguet des intestins chez des sujets de trois à douze ans; dans deux cas, cependant, il existait dans la bouche et au pourtour de l'anus. Le muguet n'est point contagieux; on a vu des enfants qui en étaient affectés et d'autres qui en étaient exempts, être nourris et abreuvés avec la même cuillère, sans que la transmission se fut opérée. Les enfants que l'on nourrit artificiellement sont plus sujets à cette affection que ceux qui prennent le sein. Y sont pareillement disposés ceux faibles, chétifs, ceux soumis à une mauvaise alimentation, à une mauvaise hygiène, ceux enfin dans les hôpitaux, où il constitue une complication grave et où il n'est que rarement isolé, surtout dans les circonstances épidémiques. Le muguet simple et borné à la bouche, qu'il n'est nullement rare d'observer de la sorte hors des hôpitaux, est sans

(1) Suivant une note qui nous a été donnée par M. Baron, le muguet de l'estomac et des intestins serait, selon lui, extrêmement rare, et les épidémies de muguet seraient d'ailleurs fréquentes à l'hôpital des Enfants trouvés.

fièvre et dure peu de jours (environ huit ou dix). Du reste, comme la stomatite, il s'accompagne de chaleur locale dont l'impression est très-sensible au mamelon, qui parfois s'irrite, se couvre, ainsi que quelques parties de la bouche de l'enfant, de quelques érosions et même de grains de muguet. Assez généralement les pellicules de muguet sont résorbées et plus souvent se détachent et laissent au-dessous quelques rougeurs et quelques érosions.

Il en est autrement de celui qui s'étend dans l'œsophage et les intestins, de celui auquel se joint quelque sérieuse complication : dans ces cas, la soif est très-vive, la peau sèche et chaude, et le pouls fréquent. Le muguet compliqué chronique persiste et se renouvelle quelquefois pendant plusieurs mois. D'après les recherches de MM. Guersant, Lelut et Billard, la nature pseudo-membraneuse du muguet est bien déterminée, et les saisons n'auraient aucune influence sur la production de cette maladie. Cependant M. le docteur Valleix (1), d'après les faits observés également par lui à l'hôpital des Enfants-Trouvés, et d'après même les résultats exposés par Billard, se croit fondé à établir qu'elle sévit incontestablement davantage pendant les temps chauds. Il est particulièrement beaucoup question du muguet dans l'ouvrage de ce médecin : on y retrouve cette inflammation diphthéritique dans environ la moitié des cas de pneumonie relatés, et pour ainsi dire dans tous ceux qui se rapportent aux phlegmasies du tube intestinal. Le muguet est surtout grave quand il est épidémique et quand il est compliqué, et ces deux conditions sont le plus souvent liées l'une à l'autre. Il s'ajoûte plutôt aux autres affections, bien qu'il subisse parfois aussi leurs complications. C'est surtout dans les hôpitaux et pendant les circonstances épidémiques, qu'on le voit se réunir à la plupart des états morbides existants. Il doit ne pas sembler étonnant que dans les mêmes lieux, sous les mêmes influences, toutes les affections tendent en quelque sorte à l'unité, à présenter un même cachet, à unir, à combiner leurs éléments, ou plutôt à subir le styg-

(1) *Clinique des malad. des enfants nouveau-nés*, Paris, 1838, p. 205.

mate prédominant, le stygmate épidémique. C'est avec les phlegmasies des voies digestives que le muguet se rencontre le plus souvent; les auteurs qui ont écrit précédemment sur cette maladie, admettent également le fait de la fréquence de cette complication. Billard qui l'a rencontrée pendant tout un trimestre, à l'hôpital des Enfants-Trouvés, en a conclu qu'elle avait presque toujours lieu; et M. Valleix prétend non-seulement que les lésions du tube digestif sont constantes et essentielles; mais il ne voit dans l'état de la bouche, qu'un phénomène local d'une affection plus générale: en un mot, le muguet ne serait, selon lui, qu'une entérite, dans laquelle l'inflammation pseudo-membraneuse de la bouche, de l'œsophage ou de l'estomac, surviendrait comme symptôme secondaire. Tandis que l'entérite simple serait rare chez les jeunes enfants. Nous avons rapporté le témoignage de M. Baron, au sujet de la fréquence des épidémies de muguet, qui sévissent dans son hôpital; nous transcrivons ici des chiffres qui donneront une idée de l'extension de cette maladie pendant ces époques. Suivant Billard, sur neuf cent dix-sept enfants, deux cent dix-huit ont été affectés de muguet pendant son année d'internat (1826), et suivant M. Valleix, sur six cent cinquante-sept enfants admis, en 1834, dans le service de M. Baron, cent quarante en ont été atteints, et sur ce nombre, cent neuf ont succombé.

Les symptômes inflammatoires sont bien plus fréquents et plus tranchés dans l'angine pultacée que dans le muguet. D'ailleurs la première de ces affections est plus commune à partir de la seconde enfance et rare au contraire chez les jeunes enfants, tandis que les choses ont lieu inversement à l'égard du muguet. Des applications, même répétées, de sangsues sont assez souvent nécessaires dans le premier cas, tandis que de simples émollients suffisent souvent dès les premiers jours du muguet. Quand l'enfant est trop jeune pour que l'on puisse employer les gargarismes, on les remplace par des lotions pratiquées au moyen d'un pinceau de linge, de charpie trempé dans des collutoires d'eau de guimauve, d'eau d'orge miellée. L'on contraint les petits malades à ouvrir la bouche, en leur

pressant légèrement les ouvertures du nez entre le pouce et l'index. De légers révulsifs, des cataplasmes mitigés, peuvent être promenés avec avantage sur les extrémités inférieures, et quelques lavements à l'eau de guimauve, à l'eau de lin ou à l'eau amidonnée, être passés. Dans tous les cas, les petites soupes du jeune enfant seront supprimées, et s'il est à la mamelle, le sein lui sera présenté beaucoup plus rarement; tandis qu'on ne lui accordera guère, de temps à autre, que de l'eau de gruau gommée, blanchie avec un tiers ou un quart de lait, s'il était nourri artificiellement. Il n'y a guère que dans la première période des maladies inflammatoires de quelqu'intensité, que les très-jeunes enfants, ceux qui ne sont pas trop chétifs, peuvent être entièrement privés de lait, entièrement privés de têter. On substituerait alors le biberon au sein et on ne leur donnerait que des boissons émollientes et adoucissantes. Quand la fièvre et l'irritation locale auront été maîtrisées, les lotions seront faites avec l'infusion de feuilles de ronces additionnée de miel rosat, de sous-borate de soude ou de liqueur de Labarraque, ainsi que le recommande particulièrement M. le docteur Guersant. Du reste, les antiphlogistiques, les collutoires, les lotions et boissons émollients, acidulés, etc., ne sont parfois qu'accessoires dans le traitement de cette maladie, et s'adressent particulièrement aux états épisthéniques existants; tandis que postérieurement on parviendrait plus sûrement à modifier d'une façon avantageuse, les parties affectées par le contact du miel rosat, de l'acide hydrochlorique pur ou mélangé, ou par celui de l'alun en poudre insufflé.

II.

Angine couenneuse, diphthéritique, croup, faux-croup, angine œdémateuse, phthisie laryngée, coriza simple, pseudo-membraneux, etc.

§ I. L'inflammation avec production de concrétions membraniformes, à reçu le nom d'angine couenneuse, quand les régions où elle s'établit ont à peu près pour limites l'isthme du gosier et la terminaison du pharynx; tandis que l'on a nommé

croup l'état morbide analogue occupant le larynx, la trachée, les bronches. La fétidité de l'haleine, la coloration grisâtre et plus ou moins livide des plaques, a valu aussi l'épithète de gangréneuse à l'angine couenneuse ou pseudo-membraneuse, autour de laquelle viennent encore se grouper les dénominations de diphthérite et d'angine maligne.

L'angine couenneuse, la laryngo-trachéite pseudo-membraneuse et le croup bronchique, sont donc des affections de même nature qui ne diffèrent que par leur siége, leur situation, et les complications de ces maladies entre elles ne doivent être envisagées que comme le plus ou moins d'extension d'un même mal.

SOIXANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Laryngo-trachéite pseudo-membraneuse.

Le nommé Vital (Charles-Louis), âgé de quatorze ans, fut admis, le 12 janvier 1827, à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, n° 36. Il jouissait habituellement d'une bonne santé. L'invasion de la maladie remontait au 7 du même mois. A la suite d'un refroidissement, de la toux et un léger mal de gorge s'étaient manifestés.

Le 8, augmentation de la fréquence de la toux et de l'intensité du mal de gorge, expectoration abondante de crachats blancs; oppression, étouffements, figure rouge, vultueuse à la suite des quintes de toux. Les deux dernières nuits qui précédèrent son entrée à l'hôpital, il fut réveillé tout à coup par le besoin de tousser et par l'oppression. La toux est rauque, et la mère du malade la comparait à un son de pot félé. Céphalalgie, déglutition difficile, expuition, dans la nuit du 11, d'une fausse membrane d'un pouce de long et d'un demi de largeur. Le 12 janvier, les symptômes suivants furent constatés, Pouls fréquent, peau chaude, figure pâle, douleur à la gorge, voix éteinte; rougeur au pharynx; fausse membrane sur l'amygdale gauche; toux offrant le caractère particulier qu'on lui connaît; respiration sifflante. Le 13, toujours douleur à la gorge; expectoration d'une fausse membrane lisse, épaisse,

blanche, présentant quelques stries rouges sur l'une de ses faces; pouls, cent vingt pulsations; voix éteinte, respiration sifflante, plus faible en arrière à droite, poitrine moins sonore vers ce point. Les ganglions sous les angles des mâchoires sont gonflés; les amygdales, rouges et tuméfiées ainsi que la luette, sont par-ci par-là recouvertes de petites plaques couenneuses; douleur à la partie antérieure du cou; toux aiguë, sonore, aigre. Insomnie la nuit, mais pas d'agitation extraordinaire et pas de symptômes nerveux, comme on en observe chez les jeunes enfants affectés de croup.

Mort sans agonie le 14 janvier, à cinq heures.

Autopsie le 15 janvier. Larynx, bouche et pharynx : Plusieurs plaques couenneuses existent sur les parties internes des amygdales, qui, postérieurement, sont recouvertes de fausses membranes épaisses. Le pharynx et l'ouverture supérieure de la glotte sont d'un rouge violacé et parsemés de petites plaques pseudo-membraneuses. Plusieurs flocons membraneux existent pareillement sur les cartilages cricoïde, aryténoïdes et l'épiglotte; elles sont réunies en forme d'anneau à la hauteur du cartilage cricoïde. Les membranes sont très-adhérentes et passent sur les ventricules latéraux du larynx, de là elles s'étendent sur la partie droite de la trachée et descendent jusque vers la bifurcation des bronches, et s'y terminent en languette. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches principales est d'un rouge violacé et piqueté; ces dernières contiennent un mucus jaunâtre, gélatineux et presque membraniforme. Les divisions secondaires des bronches ne présentent rien de semblable et paraissent, au contraire, saines; les deux poumons sont gorgés de sang, mais cependant crépitants. La fausse membrane, dont nous avons parlé, lisse à sa surface libre, était un peu rugueuse, et offrait quelques stries rouges à sa surface adhérente; elle était d'autant moins ferme et résistante qu'elle s'approchait de la bifurcation des bronches, où elle était assez molle.

A l'exception des organes digestifs qui offraient quelques traces d'irritation, selon toute apparence provoquée par l'ad-

ministration à l'intérieur, à assez fortes doses et répétées, de calomel; les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

Ces affections, ou plutôt cette affection diversement localisée, qui se présente bien plus souvent, pour ainsi dire en détail, ou du moins successivement que dans son ensemble, ne sévit pas avec une égale fréquence à tous les âges, et ses manifestations symptômatiques sont très-différentes en raison de la variété du siége qu'elle occupe. Sous ce rapport il n'est pas sans utilité d'en séparer les descriptions. L'angine couenneuse est loin d'attaquer presque exclusivement l'enfance, et avec cette sorte de prédilection que semble y mettre la laryngo-trachéite pseudo-membraneuse : elle n'est en effet très-rare ni chez les adolescents, ni chez les adultes. Les variations brusques de température, la chaleur et le froid joints à l'humidité, ne paraissent pas sans influence sur le développement de cette affection, soit en modifiant les fonctions de la peau, soit en contrariant l'exhalation pulmonaire, soit en agissant par contact, par impression immédiats. Certaines conditions particulières de l'atmosphère que l'on désigne sous le nom de constitution médicale, semblent les plus actives dans la production de ces phlegmasies spéciales, car les archives de la science sont riches en descriptions d'épidémies et d'endémies de diphthérite. Toutes les causes efficientes de l'angine simple sont, du reste, susceptibles aussi de faire développer la grave maladie dont il est question; les boissons, les gaz irritants peuvent agir de la sorte; nous l'avons vue se manifester à la suite de l'avulsion d'une molaire et le malade périr.

C'est avec les symptômes d'une angine ordinaire que débute assez souvent l'angine maligne. Le malade perd l'appétit, éprouve de la lassitude, de la somnolence, des alternatives de chaud et de froid, avec ou sans coryza, et accélération du pouls, il ressent quelque chaleur, quelque cuisson dans la bouche, ou vers le fond de la gorge; assez souvent une petite douleur pongitive se déclare vers l'insertion de l'un des piliers antérieurs du voile du palais; ce point douloureux, qui

peut varier, gagne et se propage assez vite, sans cesser d'être prédominant d'un côté ou de l'autre. Dès le debut une rougeur pointillée de la membrane muqueuse peut s'observer. Les glandes cervicales, particulièrement du côté du *mal de gorge*, sont sensibles, ne tardent pas à se tuméfier, et les mouvements du cou sont gênés. Ces premiers phénomènes durent quelques heures, ou se continuent pendant deux ou trois jours, et à peine accompagnés de réaction générale, ne sont guère appréciables chez les très-jeunes enfants. A cette période d'invasion souvent fort courte, succède l'apparition sur les amygdales, les piliers, les voiles du palais, la luette, le pharynx, de petites plaques d'un blanc jaunâtre, grisâtre, lisses, irrégulières, d'un aspect lardacé. C'est surtout dès cette époque que le gonflement des ganglions sous-maxillaires s'opère et devient très-apparent : dès lors aussi la gêne de la déglutition devient fort grande, elle est assez en rapport avec la tuméfaction ganglionaire qui s'étend et envahit complètement la région sous-mentale. Le malade peut souvent à peine ouvrir la bouche, de sorte que si l'examen n'a pas eu lieu plus tôt, il est difficile et parfois impossible d'inspecter convenablement la gorge. Les plaques après s'être étendues, se circonscrivent d'un cercle rouge, puis elles ne tardent pas à se boursouffler, à se ramollir, à se décoller et à tomber en lambeaux, en laissant suinter de la sérosité sanguinolente d'une odeur fétide. La toux, les nausées, les efforts de vomissements, provoquent en outre l'expuition des pseudo-membranes qui se renouvellent de la sorte plusieurs fois. Très-souvent les fosses nasales participent à l'affection et un écoulement sanieux a pareillement lieu par les narines. L'inflammation pseudo-membraneuse peut descendre jusque vers l'œsophage, et pénétrer dans le larynx; dans ce dernier cas, il y a croup. Les autres symptômes qui accompagnent l'exsudation membraniforme sont la fièvre, l'agitation, ou l'accablement et la somnolence, la gêne de la déglutition et de la respiration, la toux, la voix enrouée ou nasonnée; la bouffisure et la pâleur de la figure, l'altération des traits, etc.

A la suite ou pendant les symptômes qui viennent d'être énumérés le malade peut succomber : quelquefois même presque subitement et d'une manière inattendue. Nous avons été témoins de faits semblables, et nous sommes très-portés à croire que l'état de souffrance des nerfs pneumo-gastriques englobés dans les engorgements cervicaux et peut-être comprimés de la sorte, ne joue pas un rôle indifférent dans la production de telles catastrophes. Si au contraire, le rétablissement doit avoir lieu, la muqueuse du pharynx et des amygdales s'humecte, mais d'un mucus qui n'est plus ni sanieux ni fétide, et cette excrétion prend de plus en plus les caractères d'une sécrétion catarrhale. Toutes ces régions d'ailleurs se débarrassent ou sont débarrassées de leurs fausses membranes, dont les derniers renouvellements sont pelliculaires et translucides; pseudo-membranes, parfois ténues et adhérentes, et dont M. Guersant ne met pas en doute la possibilité de l'absorption. Les taches rouges sous-jacentes de la membrane muqueuse pâlissent et s'effacent progressivement; les tuméfactions ganglionaires se dissipent dans la même progression, et toute réaction générale disparaît. La durée de la diphthérite est très-inégale, elle varie de huit, quinze à vingt-cinq jours. Sa gravité est en raison de son extension et de la constitution régnante. Les phlegmasies pseudo-membraneuses épidémiques et celles qui s'étendent jusque dans les voies aériennes sont incontestablement plus dangereuses.

La fausse membrane assez semblable à la couenne du sang, aux pellicules des vésicatoires, est formée par une matière albumineuse, blanchâtre, grisâtre ou jaunâtre, opaque, quelquefois colorée par le suintement sanguinolent, ce qui lui prête un aspect livide; elle est plus ou moins consistante, tient à la membrane muqueuse sous-jacente par de petits filaments qui plongent dans les follicules mucipares; elle est quelquefois épaisse d'une ligne à une ligne et demie, compacte, résistante, sans trace de texture, d'organisation, bien que quelques anatomo-pathologistes aient prétendu avoir suivi des vaisseaux jusque dans leur intimité. Les alcalis concentrés et les acides la

dissolvent. Au lieu d'une couche membraniforme, ce ne sont d'autres fois que des lambeaux plus ou moins minces, consistants et adhérents, ou des sortes de flocons mous, détachés ou se détachant facilement. Vers le principe, la concrétion membraneuse est molle et peu consistante, elle acquiert après quelques jours de la densité et de la force; mais après une certaine durée, vers le terme de l'affection, elle recouvre parfois ses premiers caractères ou s'amincit sensiblement. Pour celle qui descend dans la trachée-artère, elle est d'autant plus solidement fixée à la muqueuse qu'on l'examine plus haut. En plongeant dans les voies aériennes, ces concrétions forment assez rarement (mais quelquefois cependant et nos observations le prouvent (1) des tubes complets. Le plus souvent, les lambeaux membraniformes sont irréguliers, à bords frangés. Dans les bronches, les fausses membranes sont presque toujours molles et peu concrètes. La surface externe de ces productions est le plus souvent inégale, non polie, comme demi-liquides, par suite de son imprégnation de mucosités; la surface adhérente est lisse parfois, mais plus rarement les deux faces le sont également. La membrane muqueuse sous-jacente n'est pas ulcérée; cependant, dans des cas très-rares elle présente, et celle du pharynx plus particulièrement, quelques érosions; sa couleur est d'un rouge foncé; quelquefois on trouve quelques taches grisâtres; mais, ainsi que l'observent MM. Bretonneau et Guersant, aucune des parties n'offre jamais ni l'odeur, ni le ramollissement propre à la gangrène. Ce dernier point a été bien constaté par M. Bretonneau, dans l'épidémie de Tours, dans laquelle il a pu examiner un grand nombre de malades et faire l'ouvertnre de plus de cinquante cadavres. M. Guersant a remarqué que la luette et les amygdales, après avoir été enveloppées de ces concrétions, étaient comme diminuées de volume et rétractées sur elles-mêmes. Rouges, tuméfiés et visiblement enflammés pendant les premières périodes de l'angine couenneuse, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires peuvent passer pendant la

(1) Observ. 62, 63.

dernière période au degré de suppuration. M. Bretonneau a observé deux fois cette complication. M. Guersant les a vu transformés en un liquide sanieux couleur lie de vin. Ni les adultes, ni les vieillards ne sont parfaitement à l'abri des angines pseudo-membraneuses, pharyngiennes et même laryngo-trachéales; mais l'enfance paraît singulièrement plus disposée à en ressentir les atteintes (1). Le croup s'observe rarement chez les très-jeunes enfants; il en est cependant quelques exemples : un entre autres se trouve inséré dans la *Gazette médicale* du 22 mars 1834; il a été recueilli par le professeur Naegelé de Heidelberg, et se rapporte à un sujet âgé de huit mois. M. le docteur Rayer a lu à l'Académie de médecine, en 1820, et a fait insé-

(1) Le croup est une maladie de l'enfance, et quoiqu'on l'ait observée à peu près à toutes les périodes de la vie, c'est à cet âge qu'elle est incontestablement plus fréquente. Voici un relevé de 287 cas d'après les âges :

De la naissance à 12 mois	21 cas.	De 19 à 20	0
De 1 à 2 ans	61	De 20 à 21	2
De 2 à 3	45	A 24	3
De 4 à 5	42	A 25	3
De 5 à 6	39	A 26	1
De 6 à 7	29	De 26 à 30	0
De 7 à 8	3	A 30	4
De 8 à 9	1	A 34	4
De 9 à 10	3	A 35	0
De 10 à 11	2	A 36	1
De 12 à 13	2	A 42, 44, 45, 49	1
De 13 à 14	2	A 52	2
De 14 à 15	2	A 56 et 57	1
De 15 à 16	1	A 58	2
De 16 à 17	1	A 60	1
De 17 à 18	2	A 65	2
De 18 à 19	1	A 67	2
		A 70	1
	257		30

Total. 287

(*Cours de pathologie interne*, par G. Andral, t. I, pag. 288.)

rer dans la *Revue médicale* une observation d'angine couenneuse pharyngienne et laryngée, chez un enfant de neuf mois. C'est à la production des fausses membranes qui, en s'amassant tendent à obstruer les voies aériennes et à opposer un obstacle mécanique au passage de l'air; c'est à cette production qu'il faut attribuer le principal danger de ces maladies.

Le nom de croup (provenant d'un mot vulgaire de la langue écossaise, signifiant *étranglement*) sert donc généralement à désigner les affections couenneuses pharyngiennes, laryngo-trachéales et laryngo-bronchiques. La propagation de la plegmasie pseudo-membraneuse a lieu le plus communément de haut en bas, de la gorge au larynx, de celui-ci à la trachée et aux bronches. M. Guersant cite néanmoins une observation de laquelle résulterait la possibilité (bien que très-rare) d'une marche inverse; l'affection couenneuse aurait, en effet, commencé par les bronches (il paraîtrait en avoir été de même dans notre observation 63). La diphthérite précède souvent le croup, qui cependant se déclare parfois aussi d'emblée ou à la suite d'un simple rhume.

Soit qu'il y ait ou non des symptômes antérieurs d'angine ou de bronchite, les phénomènes du croup s'ajoutent, se manifestent tout-à-coup et fréquemment pendant la nuit. Le sommeil de l'enfant qui était plus ou moins agité, est troublé par quelques saccades d'une toux rauque, qui revient ensuite par accès de plus en plus longs et fréquents. A ces prodrômes se joignent d'autres symptômes également de plus en plus caractéristiques : la respiration devient bruyante et gênée, le timbre de la voix est altéré, celle-ci est enrouée et comme voilée, le pouls est fréquent, la peau chaude, la figure colorée et souvent baignée de sueur. Les symptômes augmentent progressivement de gravité; un sentiment de picotement, de cuisson, de constriction ou de douleur au devant du cou, est parfois accusé par les plaintes ou par les gestes des petits malades, qui portent les mains vers cette région, comme pour chercher à se débarrasser de la sensation pénible qu'ils y éprouvent. La gêne de la respiration s'accroît; l'inspiration est particulière-

ment bruyante, tubaire, amphorique, longue et entravée, les expirations courtes et pressées; quelquefois les expirations, ainsi que les inspirations, sont bruyantes et gênées; l'oppression devient souvent excessive, toutes les puissances inspiratrices sont en action et semblent à chaque instant insuffisantes en présence de la suffocation imminente. La toux quinteuse, fréquente, après avoir tourmenté le malade à plusieurs reprises et pendant plusieurs heures, se calme assez ordinairement, et l'enfant finit par s'endormir; ou son accablement, sa fatigue se dissipent peu à peu et il reprend un peu de gaieté. Mais après des intervalles variables, d'une à quelques heures, le lendemain, soit pendant la journée, soit vers la soirée ou la nuit, des accès analogues aux précédents reviennent et se continuent les jours suivants avec une intensité de plus en plus grande et avec un rapprochement de plus en plus marqué dans le retour des accidents. L'orthopnée est quelquefois continue et la toux peu fréquente, de sorte qu'il n'y a ni quintes de toux, ni suffocation revenant par accès. La voix rauque, enrouée, se voile et finit par s'éteindre complétement; la toux avec les caractères qu'on lui connaît est suivie ou non d'expectoration et de vomituritions. Des mucosités filantes quelquesfois tachetées de sang peuvent être expulsées dans les premiers accès; plus tard, au summum de l'affection, ce sont des fausses membranes que rejettent la toux et les efforts de vomissement. Lorsque le désordre est au comble, l'aphonie est complète, le sifflement trachéal ou souffle croupal est très-marqué, l'anxiété extrême, les symptômes d'une véritable asphixie se produisent et deviennent successivement plus prononcés; l'orthopnée est excessive, le thorax, le larynx, les épaules s'élèvent, se meuvent par un mouvement de totalité, la tête se renverse en arrière, la figure est bouffie, violacée ou très-pâle, les lèvres bleuâtres, la cyanose s'étend sur les extrémités refroidies, les poumons s'engouent et la respiration est toute abdominale; c'est-à-dire que les côtes sont à peu près immobiles tandis que le diaphragme se contracte presque convulsivement et fait tous les frais d'ampliation de la poitrine. Par l'auscultation l'on reconnaît qu'à peine un souffle d'air

arrive dans le tissu pulmonaire, car le bruit vésiculaire n'est plus perçu. Le pouls est alors petit, filiforme, irrégulier, intermittent, insaisissable; les yeux sont saillants, fixes, convulsés, et la mort ne tarde pas à venir mettre un terme à cette scène de désolation. Quelquefois les accidents les plus formidables se prononcent dès les deux ou trois premiers accès. Assez souvent deux à quatre jours s'écoulent dans l'état le plus pénible, qui s'aggrave encore jusqu'à l'instant de la catastrophe. Assez généralement la maladie peut durer de vingt-quatre heures à douze jours : les accès vont en augmentant de fréquence et d'intensité et assez souvent l'intermittence cesse et la maladie devient continue. Quelquefois les symptômes de suffocation sont peu prononcés et le malade succombe par l'accroissement incessant de la faiblesse (1) ; d'autres fois au lieu de cet affaissement, au lieu d'un état comateux, qui pareillement peut s'observer, on reconnaît une vive excitation de l'appareil de la circulation et presque toujours alors se rencontre quelque grave complication phlogistique du côté des poumons. Enfin, dans certaines circonstances, se manifestent des troubles de l'innervation, et le malade périt au milieu de symptômes convulsifs.

Il faut se défier des rémissions subites, de celles surtout qui ont lieu après l'expuition de quelques fausses membranes. Ces mieux momentanés sont assez généralement suivis de nouveaux et plus sérieux accidents; et tout espoir précoce n'est que trop souvent bien cruellement déçu dans cette grave et insidieuse maladie. Cependant, et bien qu'il soit fort rare que l'issue ne soit pas funeste quand l'intensité de l'affection a été extrême, il est fort heureusement encore des cas assez épineux dont les malades se tirent, et sans que l'on puisse établir, à cet égard, quelque calcul un peu positif, favorable ou fâcheux basé sur la constitution du sujet. Cette issue si désirable s'annonce par une diminution dans l'intensité des accidents... les menaces de suffocation s'affaiblissent, les accès de toux de-

(1) Voir l'observation 66 placée à l'article consacré au faux croup.

viennent plus rares, enfin l'exercice des fonctions rentre graduellement dans le rhythme physiologique, à part cependant un peu de bronchite qui persiste souvent encore pendant quelque temps. Le croup ne peut exister à l'état chronique; des productions plastiques de la part d'une sub-inflammation (1) ne sont guère, en effet, choses possibles, et cette forme, cette transition sont, de fait, niés par des auteurs très-recommandables. Quelques dissidents ont probablement pris pour ce qu'ils voulaient désigner comme telles, quelqu'affection chronique du larynx.

Selon M. Bretonneau, le croup n'est que l'extension de l'angine diphthéritique du pharynx aux voies aériennes. Ce mode de propagation est en effet le plus ordinaire, mais sa constance n'est pas absolue; maintes fois on a vu le croup se manifester d'emblée. M. le docteur Hache (2), sur huit cas, trouva le pharynx exempt d'altérations. Jurine non-seulement admettait l'existence isolée et spontanée du croup, mais il avait même cru devoir établir les distinctions de croup du larynx, de la trachée et des bronches. Dans le croup exempt de diphthérite, la déglutition est tout-à-fait libre et facile. Parmi les caractères attribués au croup du larynx, par Jurine, se trouve la sensation douloureuse locale augmentée par la pression; symptôme qui appartient plus à la laryngite très-aiguë qu'au croup. Les traces non équivoques d'inflammation qu'offre la membrane muqueuse laryngée, attestent trop que l'organe de la voix est toujours au moins concurremment affecté dans cette maladie, mais du reste, les fausses membranes étouffent promptement l'enfant quand elles se forment en quantité dans le larynx. La muqueuse sous-jacente aux pseudo-membranes, présente les différents états d'injection déjà indiqués; mais il arrive également que l'on ne trouve, et c'est surtout dans la trachée et les bronches, aucune

(1) Toutefois l'exsudation pseudo-membraneuse quant à sa consistance, à son épaisseur, à son étendue n'est pas non plus en raison directe de l'inflammation.

(2) *Du croup à l'hôpital des Enfants malades*, 1835, thèse, p. 13.

coloration anormale. Bien plus que la diphthérite, le croup semble particulier à l'enfance, sans être totalement étranger aux autres phases de la vie. Michaëlis l'a observé chez un nègre âgé de quatorze ans; Portal chez deux sujets adultes; Vieusseux chez une femme de cinquante-trois ans; Washington en est, dit-on, mort dans un âge avancé. Chaussier ne le considère pas non plus comme exclusivement réservé au jeune âge; ou l'étroitesse de la glotte, peu développée avant la puberté, le rendrait, selon lui, plus particulièrement grave et si souvent mortel. Cette dernière assertion offre beaucoup de probabilités, tandis qu'il est difficile de faire prévaloir également l'opinion qui attribue la fréquence du croup chez les enfants, à la petite proportion de leur organe laryngé : ce qui d'ailleurs a déjà été réfuté par MM. Blaud et Bricheteau (1).

Il a déjà été question, à propos de la diphthérite, de l'engorgement des glandes cervicales, qui a lieu également dans le croup, quand cette dernière maladie n'est qu'une extension de la précédente : mais quand le croup, dès le principe, a son siége vers la membrane muqueuse de la trachée et du larynx, ce sont les glandes lymphatiques circonvoisines, les glandes bronchiales et les ganglions inter-bronchiques qui (souvent et non pas toujours) s'engorgent consécutivement à l'instar de celles du mésentère dans la fièvre entéro-mésentérique, tandis enfin qu'aucune de ces glandes n'est engorgée dans le faux croup. Le croup est très-rare chez les nouveau-nés, ainsi que chez les adultes et les vieillards; c'est vers l'époque du jeune âge, qui s'étend depuis la première ou la seconde, jusqu'à la dixième ou la douzième année, qu'il est particulièrement fréquent. Il est en outre plus commun chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles, et les différents relevés publiés à cet égard par Jurine, MM. Bretonneau, Louis et Carraut, Guersant, Trousseau, etc., semblent mettre cette circonstance hors de doute. La dis proportion est même assez considérable et la différence peut être approxi-

(1) Blaud, *Recherches sur la laryngo-trachéite;* Paris, 1823.— Bricheteau, *Précis analytique du croup*, Paris, 1826.

mativement évaluée à près de moitié ou d'un tiers. Les tempéraments les plus opposés ont été également accusés comme disposant à cette maladie. On a aussi prétendu trouver une aptitude particulière à la contracter, de la part des enfants soumis à des privations, mal nourris, mal vêtus, habitant des endroits humides et sombres: nous croyons que dans les circonstances épidémiques, il peut en être ainsi; car c'est parmi les classes pauvres qu'il y a surtout agglomération, et d'ailleurs alors ces conditions et les plus opposées ne font nul obstacle à la propagation du fléau que favorise le nombre, la multiplicité des individus; mais néanmoins, contradictoirement à l'opinion précédente, nous pensons que dans les circonstances ordinaires, les enfants placés dans des conditions tout-à-fait différentes, sont au contraire plus disposés, à être frappés isolément par l'affection croupale. Qui n'a fréquemment entendu parler de croups observés parmi des familles dans le bien-être ou l'aisance? et ne sait-on qu'à l'hôpital des Enfants-Trouvés (hors les temps d'épidémie), on n'observe guère, *année commune*, que trois ou quatre croups sur un mouvement de deux mille malades? Nous-même, pendant dix ans que nous avons été attachés à la garde municipale de Paris, en qualité de médecin, nous n'avons eu l'occasion d'observer, dans les familles très-nombreuses et la plupart du temps assez nécessiteuses de ce corps, aucun cas de croup. Nous sommes donc, en résumé, disposé à penser que si l'inflammation diphthéritique, que l'on appelle muguet, semble plutôt se complaire chez les petits malheureux, chez les enfants chétifs, faibles et souffreteux; l'inflammation croupale se rencontrerait également dans ces circonstances et dans celles opposées. C'est du moins chez les sujets dont le sang est riche et plastique, qu'il paraîtrait surtout rationnel d'admettre une tendance plus particulière à la production de fausses membranes, et cette tendance, cette disposition spéciale sont tout-à-fait remarquables pendant le croup, où alors, en effet, les plaies, les surfaces des muqueuses se revêtent si fréquemment de couennes, et à la suite duquel des concrétions fibreuses se rencontrent souvent à l'autopsie dans les cavités du cœur.

Les descriptions de Gœlis, de MM. Bretonneau et Gendron, ne laissent aucun doute sur l'existence des épidémies et des endémies de croup; mais ce n'est guère que dans ces circonstances qu'il y a probabilité en faveur de la contagion, admise cependant d'une manière absolue par plusieurs auteurs et niée non moins formellement par d'autres. Dans les épidémies, l'affection revêt parfois un caractère commun, une forme spéciale, et c'est de cette sorte que se trouvent décrits des croups sthéniques, asthéniques, typhoïdes, etc. Le coryza couenneux ne peut être considéré comme une complication du croup; c'est une extension, assez commune d'ailleurs, de la phlegmasie pseudo-membraneuse. Le croup vient assez souvent compliquer la coqueluche. La pneumonie en est une complication grave et fréquente; cette affection sub-intrante tue souvent les malades à peine échappés aux dangers de l'angine croupale. La pneumonie hypostatique, ou plutôt l'engouement des poumons, qui a fréquemment lieu vers la période extrême du croup, se rattache aux phénomènes de l'asphyxie, ne fait guère que précéder ou constituer l'agonie. Albers de Bremen a particulièrement insisté sur la coïncidence fréquente du croup avec les fièvres éruptives. M. Guersant ne partage pas cette opinion; nous sommes aussi de cet avis et admettons toutefois que quant au pseudo-croup, il s'associe souvent à la variole, à la scarlatine et à la rougeole. Les inflammations et hypérémies encéphalo-méningées sont des complications, ou tout simplement constituent des coïncidences plus rares, mais cependant possibles, et c'est à elles qu'il faut rapporter ce que dit M. Gendron dans son mémoire sur le croup : « *qu'il a vu mourir, dans cette maladie, des enfants à la suite d'épistaxis* (accident rangé au nombre des signes précurseurs du croup, par M. Double), *accompagnés alternativement de carus et de délire.*

Pareillement, selon M. Gendron (1), le croup débute plus communément par l'arrière bouche, et tant que l'inflam-

(1) *Propositions sur le croup et la trachéotomie*, par M. Gendron. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, novembre 1835.

mation et le travail d'exsudation sont bornés aux amygdales, au pharynx et aux voiles du palais, il est facile qu'ils passent inaperçus. Dans toutes les épidémies des environs de Tours, dans celle de la Flèche, pendant laquelle quatre-vingt-trois élèves furent atteints, l'enduit plastique a été reconnu sur les amygdales et le pharynx. Suivant le même médecin, l'inflammation diphthéritique peut envahir l'œsophage et s'étendre jusqu'à l'estomac, et même laisser les voies aériennes libres.

Nous n'avons pas cru devoir séparer le traitement de la diphthérite de celui du croup, car il n'est véritablement entre ces affections souvent réunies, combinées ou servant de passage l'une à l'autre, aucune différence de nature, et celle relative au siége, n'est même pas généralement consacrée.

Dans ces dangereuses affections on pourrait modifier la signification du premier aphorisme d'Hippocrate, et dire..... La vie du malade est courte et précaire, l'art, le traitement trop lents et trop souvent impuissants, l'occasion, l'indication fugitives !

Il y a tout lieu en effet ici d'agir avec énergie, car on a trop sujet de craindre d'être dépassé par les accidents, et convaincu d'impuissance. Ceci concerne plus particulièrement l'angine croupale, non que la diphthérite doive être exempte d'alarmes, car elle peut être doublement fatale en tuant elle-même, ou en conduisant au croup. Il n'est pas jusqu'aux angines simples pharyngées ou laryngées, qui ne doivent préoccuper plus ou moins chez les enfants, car l'on ne peut savoir d'avance si elles conserveront jusqu'à la fin cette bénignité du moment, ou si elles ne sont que les prodrômes ou avant-coureurs des précédentes affections. Il est donc nécessaire de bien se tenir sur ses gardes, ou de déployer même, pour peu que la gravité du cas se laisse soupçonner, une grande activité dans le traitement; activité qui du reste n'exclut ni réserve ni mesure. Les saignées, et spécialement les saignées locales, doivent d'abord être employées dans la première période du croup, bien que dans les circonstances épidémiques elles n'aient pas toujours eu de résultats avantageux, et bien que

M. Bretonneau cite plusieurs cas dans lesquels, après d'abondantes émissions sanguines locales, la maladie s'est nonobstant propagée vers le larynx. Bien que ce médecin, que MM. Guersant et Hache pensent que les émissions sanguines n'ont aucune influence sur la production, et l'extension des fausses membranes, dans les cas où l'affection est sporadique, dans ceux ou les phénomènes inflammatoires concomitans sont de toute évidence, l'indication de ces moyens est incontestable, et leur application ne laisse même pas le plus souvent d'être également avantageuse dans les autres circonstances; car c'est par suite de leur concours que deviennent plus opportuns ou même applicables d'autres agents thérapeutiques, surtout alors d'une grande puissance d'action. Quand le sujet est fort, la réaction générale très-grande, on peut employer la phlébotomie; mais plus généralement c'est avec les saignées locales qu'il convient de tenter d'arrêter les progrès de la phlegmasie. Il est néanmoins aussi quelques cas et quelques circonstances où il faut s'abstenir de toute perte de sang... Car dans certaines endémies ou épidémies, quand ce sont de petits malheureux chétifs et affaiblis qui se trouvent frappées, et quand surtout encore, il s'y joint l'influence fâcheuse du séjour, de l'entassement dans les hôpitaux. C'est de cette sorte que semblent devoir s'expliquer les quelques dissidences qui existent sur cette partie du traitement.

On peut appliquer à la fois et à une ou plusieurs reprises, depuis deux jusqu'a dix, douze ou quinze sangsues sur les côtés du larynx et au devant du cou; l'âge, l'état des forces du sujet, l'intensité des phénomènes inflammatoires et réactionnels, peuvent seuls indiquer la mesure dans laquelle doit être circonscrite cette médication. L'on doit d'ailleurs la seconder par l'emploi des bains de pieds irritants, de cataplasmes sinapisés ou de sinapismes vers les extrémités inférieures; de vésicatoires volans sur le haut du sternum; de boissons émollientes, de locks, de potions gommeuses, de lavements purgatifs, etc., et si l'estomac n'est pas irrité, on pourra aussi prescrire de bonne heure, comme vomitif, l'émétique ou

l'ipécacuanha. Car, quoi qu'il soit de règle générale en thérapeutique d'employer les dérivatifs externes et internes, seulement après que les symptômes inflammatoires ont été maîtrisés, et quand on n'a pas à craindre leur récrudescence chez des sujets irritables, il faut, dans la diphthérite et dans le croup, user de toutes les ressources avec vigueur, et recourir au plus tôt à la classe des moyens dont nous venons de parler, quitte à revenir aux évacuations sanguines, si le besoin s'en faisait sentir, était provoqué.

Les principales indications qui se présentent dans les angines couenneuses sont les suivantes : combattre et modifier l'iflammation locale; favoriser le décollement de la fausse membrane; solliciter son expulsion; empêcher son renouvellement et s'opposer à l'extension de la phlegmasie pseudo-membraneuse.

Les vomitifs sont utiles, non-seulement parce qu'ils sollicitent la sortie des fausses membranes, mais encore parce qu'ils contribuent à favoriser la résolution de la phlegmasie par suite de la diversion, en quelque sorte, qu'ils opèrent du côté de la peau, du côté des voies digestives, et par l'afflux des mucosités dont ils déterminent l'expultion; ils font en outre cesser, du moins momentanément, les spasmes, calment l'anxiété précordiale, diminuent l'oppression.

C'est aussi d'après la propriété qu'a le mercure d'exciter la sécrétion des muqueuses, que l'on a conseillé les frictions mercurielles au devant du cou, et l'administration du calomel, que M. Bretonneau a fait prendre jusqu'à la dose de trois gros dans vingt-quatre heures, et que M. Guersant prescrit à celle d'un demi-grain, d'un grain ou deux, d'heure en heure. Cette dernière méthode est généralement vantée et semble préférable aux insufflations de calomel ou d'alum, qui ont l'inconvénient d'irriter les parties non affectées qu'elles atteignent indistinctement. La sur-excitation locale suscitée de nouveau par l'inflammation mercurielle de la gorge, serait certainement nuisible, et nonobstant quelques avis opposés, nous pensons aussi qu'il convient dans tous les cas de s'arrêter dans

l'usage du mercure dès l'apparition des premiers symptômes de salivation.

Il est encore une autre série de moyens dont l'action peut être très-précieuse, mais dont l'importance a peut-être été trop exaltée par quelques médecins qui les prônent d'une manière exclusive. Ils peuvent certes être appelés à jouer un grand rôle; mais il n'en est pas moins nécessaire que l'opportunité préside à leur emploi. Nous n'adoptons donc pas d'une manière absolue les propositions suivantes de M. Gendron. « *L'angine pseudo-membraneuse n'est point enrayée dans sa marche par les révulsifs, les émétiques, les purgatifs et les saignées : un traitement topique convenable, arrête ordinairement ses progrès. Les caustiques sont les seuls modificateurs de l'angine croupale, dont l'expérience démontre l'efficacité* (1). »

L'alun a été fréquemment employé dans la diphthérite et dans le croup. M. Bretonneau en formait une pâte en le délayant avec un peu d'eau après l'avoir finement pulvérisé, et il en enduisait les parties profondes de la bouche et de la gorge. M. Trousseau, employa dans une épidémie, cette substance soit tenue en suspension dans un gargarisme, soit insufflée à la dose d'un gramme à la fois et à cinq ou six reprises par jour. L'alun peut être un bon auxillaire; ainsi que le dit M. Gendron, il excite des efforts avantageux de sputation, mais il ne cautérise pas, et il importe de transformer en escarres les taches croupales pour empêcher leur extension. Cinq malades dans une même commune, à la connaissance de M. Gendron, moururent suffoqués! on s'était contenté de toucher le pharynx avec la pâte d'alun : il fut appelé pour un sixième, chez lequel l'acide hydro-chlorique réussit à prévenir l'envahissement du larynx.

On a conseillé aussi de toucher les plaques des amygdales ou du pharynx avec du jus de citron... Ce modificateur est assez faible, et il ne faut pas trop perdre de temps en essayant

(1) Gendron, *Propositions sur le croup.* — *Journal des Connaissances méd.-chirg.*, pag. 178 et 179, année 1835. — *Bulletin de l'Ac. royale de médecine*, 1839, pag. 907.

inutilement son emploi ; car bien qu'il arrive que l'inflammation couenneuse demeure quelque temps stationnaire en son siége primitif, le pharynx, avant de se propager à la glotte, il advient aussi que sa transmission dans les voies aériennes a lieu rapidement, ce qu'annonce l'extinction de la voix, les spasmes de la glotte et les menaces de suffocation. Il faut donc, avec une célérité intelligente, recourir en temps opportun à quelque chose de plus actif.

Les acides par la propriété qu'ils ont de dissoudre les fausses membranes, de cautériser vite et profondément, semblent particulièrement satisfaire à un certain nombre d'indications. L'acide chlorhydrique, soit pur soit mélangé au miel rosat, et la solution de nitrate d'argent, ont presque généralement maintenant la préférence, bien que d'autres caustiques, que la chaux, l'alcali volatil, l'acide sulfurique, l'acide phosphorique, etc., aient été aussi plus ou moins vantés. M. Gendron, n'hésite pas dans le choix qu'il fait de l'acide chlorhydrique quand les productions sont épaisses, car alors selon lui des applications timides ne suffisent pas, et il faut préférer cet acide pur et concentré, même au nitrate d'argent. Quand le pharynx et les tonsilles sont complètement tapissés de matière pultacée épaisse, il engage donc à appliquer l'acide indiqué et de façon à déterminer un surcroît d'inflammation ; sinon celle-ci n'est pas modifiée, et l'exsudation envahit les voies aériennes. Mais tant que les taches lichénoïdes sont minces, incomplètes, on peut se contenter de la solution de nitrate d'argent, dont l'action est beaucoup moins pénétrante et ne traverse pas un enduit morbide épais.

Néanmoins MM. Bretonneau, Guersant et Trousseau, préfèrent aujourd'hui la solution de pierre infernale. Cette solution (huit ou dix grains par once d'eau distillée) est portée à l'aide d'un pinceau sur les amygdales, les voiles du palais et même le pharynx. Dupuytren improvisa dans une circonstance grave un moyen mécanique, qui a été imité plusieurs fois depuis ; il se servit d'une éponge fixée à l'extrémité d'une baleine flexible pour égouvillonner la partie supérieure du con-

duit aérien. Mais ainsi que l'observe M. Guersant, l'introduction de cet appareil, qui d'ailleurs exige beaucoup de dextérité, ne pourrait être de quelque utilité que lorsque la fausse membrane serait peu adhérente, et bornée seulement au larynx et à la partie supérieure de la trachée; mais lorsqu'elle se prolonge dans toute la longueur du canal aérien, l'éponge introduite a travers la glotte peut être plus nuisible qu'utile, en refoulant les fausses membranes vers la bifurcation des bronches et en fermant hermétiquement de la sorte, le passage de l'air dans les poumons. MM. Bretonneau et Guersant, ont d'ailleurs modifié ce procédé, en substituant au rôle de refouloir, celui de porte caustique; l'éponge petite et molle, est alors plus particulièrement destinée à être imprégnée de la solution de nitrate d'argent qu'elle sert à introduire dans la glotte et la trachée (1).

Nonobstant le recours aux agents thérapeutiques dont nous venons d'énoncer le mode d'emploi, l'action et les effets, il ne faut pas abandonner l'usage de quelques-uns des remèdes précédemment indiqués. Les vomitifs, particulièrement, qui amènent presque toujours dès le début une rémission momentanée dans les symptômes du croup, doivent être encore repris à une période avancée, car ils satisfont aussi à l'indication qui se présente alors d'expulser, de favoriser l'expulsion des fausses membranes. Mais c'est probablement trop attribuer à la vertu de ces moyens que d'en attendre un succès presque assuré, ainsi que le pense M. Jourdain de Binche (2). Ce médecin dit en effet devoir le salut de tous ses malades à la formule des vomitifs *coup sur coup;* et le croup aurait cédé, sous l'influence de cette médication, *beaucoup plus facilement qu'une simple bronchite.* La condition, il est vrai, est d'agir dès le début (3). Laennec avait déjà proposé d'employer dans ces cir-

(1) Voir encore une nouvelle modification à la fin de l'observation 63e.

(2) *Annales de la société médicale d'Anvers*, 1840.

(3) Il est probable néanmoins que les succès en questions ne concernaient que des cas de pseudo-croup.

constances l'émétique à haute dose, et regrettait de n'avoir pu mettre cette formule en usage. Il est du reste à observer que l'emploi répété de l'émétique, détermine fréquemment des symptômes très-intenses d'angine, parfois même avec sécrétion plastique.

Si l'état de l'estomac ne permet pas d'administrer l'émétique on peut, suivant le conseil de Jurine, faire vomir en titillant l'arrière-gorge avec la barbe d'une plume; mais ce n'est là qu'un très-inférieur pis aller, et dans ces circonstances impérieuses, il ne faut donc pas se préoccuper légèrement de l'existence de la gastrite, sans pourtant refuser absolument d'y croire.

La potion anti-croupale en usage à l'hôpital des Enfants est utile aussi dans la deuxième période du croup inflammatoire pour seconder l'action du calomel. Voici quelle en est la composition : polygala, huit gram.; oximel scillitique, douze gram.; sirop d'ipécacuanha, trente-deux gram.; tartre stibié, sept à huit centigrammes, pour cent vingt-huit grammes de collature.

Les sternutatoires sont parfois conseillés dans un but analogue à l'effet de vomitifs, pour favoriser l'expultion des fausses membranes, de celles surtout qui obstruent les fosses nasales. Les fumigations guitoniennes, celles avec le vinaigre, sont des accessoires au moins inutiles, et peuvent faire perdre un temps précieux.

Aux formes spasmodiques et asthéniques du croup on oppose subsidiairement les antispasmodiques, les narcotiques et les toniques.

Enfin après, en quelque sorte l'épuisement de tout l'appareil thérapeutique qui vient d'être exposé, reste comme dernière, dangereuse et très-incertaine ressource la trachéotomie. Quand en effet, malgré tout ce que l'on a pu faire l'orthopnée est considérable, la voix éteinte, le sifflement croupal prononcé, la figure décolorée, turgescente, ou violacée, les yeux saillants, les narines presque convulsivement dilatées, les lèvres violettes, l'anxiété extrême, il faut bien recourir à la

bronchotomie, il faut même le faire avant que l'asphyxie n'ait fait des progrès, que les poumons ne soient engoués, les forces anéanties, car la conservation d'une certaine résistance est nécessaire pour assurer quelques chances de succès à l'opération.

C'est cette nécessité de la conservation d'une partie des forces qui fait une loi de soumettre plutôt à l'opération les très-jeunes enfants, chez lesquels l'épuisement est beaucoup plus prompt. M. Trousseau qui, ainsi que le dit le docteur Fabre (*Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine*), à vulgarisé parmi nous la trachéotomie, est d'avis que l'on opère de bonne heure. M. Bretonneau a opéré plusieurs malades dans des circonstances où la mort semblait prochaine et inévitable. M. Trousseau aurait sauvé de la sorte à peu près le tiers des enfants près des quels il était appelé dans la période extrême du croup. M. Paul Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, m'a assuré avoir perdu presque tous les malades chez lesquels il avait pratiqué cette opération (1).

Si enfin on se décide à opérer malgré l'avis contraire, ou le peu de confiance en cette dernière ressource de la part de quelques médecins ; si donc on opère, on aura le choix entre la trachéotomie et la laryngo-trachéotomie. Malgré les perfectionnements apportés au premier de ces procédés par MM. Bretonneau, Trousseau et Gendron, doit-on incliner vers le second comme paraissant d'une exécution plus facile? C'est, du reste, à lui que notre ancien camarade le docteur Lenoir, donne la préférence (2).

Terminons ce sujet par l'exposé de quelques conditions (discutées par M. Gendron), relatives aux probabilités de réussite ou d'insuccès de la trachéotomie, et par le récit de quelques observations qui nous ont semblé assez remarquables. « Nous pensons, dit ce médecin, qu'il n'est pas donné à tous les praticiens de se décider à une opération qui offre souvent

(1) Voir l'observation 63 et les réflexions qui l'accompagnent.

(2) *De la Brochotomie*, thèse pour le concours du professorat, Paris, 1841.

très-peu de chances de guérison ; il nous semble donc utile de noter quelques circonstances qui peuvent déterminer à la pratiquer avec plus de confiance. Lorsqu'en même temps que la voix se couvre, la respiration devient sifflante, que les malades ne peuvent expirer l'air qu'avec un grand effort musculaire, que la toux est rare et la suffocation imminente, que le visage est décoloré, il est probable que l'asphyxie est le résultat d'un obstacle au passage de l'air dans le larynx même ; alors l'ouverture de la trachée rétablit la respiration, et permet de porter les caustiques sur les surfaces où la diphthérite est arrivée. L'opération offre encore des chances de succès lorque la toux plus fréquente, mais grasse, annonce le croup bronchique ; l'humidité de la toux donne l'espoir que les lambeaux membraneux seront promptement détachés, et une double voie est ouverte à leur sortie. Si au contraire la toux et la respiration sont sèches et insonores, si le timbre de la voix a été couvert long-temps avant le premier accès de suffocation ; si l'inspiration est plutôt soufflante que sifflante, l'expiration prompte, brusque et facile ; si, malgré l'enrouement, les paroles du malade s'échappent vives, et sans un grand effort des muscles du cou ; si la poitrine se dilate largement, l'asphyxie est bronchique, l'enduit est adhérent, et la trachéotomie, ne changeant rien au mode respiratoire, n'aura pas même l'avantage de reculer l'instant fatal. »

SOIXANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Croup. — Trachéotomie. — Mort.

Nous fûmes appelé le 23 mai 1841, vers les deux heures de l'après-midi, rue des Marais, auprès d'un jeune enfant que l'on nous disait être indisposé. Cet enfant assez délicat, blond, lymphatique, âgé de cinq ans, était depuis plusieurs mois affecté d'une bronchite chronique. Nous nous rappelâmes en effet qu'on était venu nous consulter pour lui il y avait environ un mois : nous lui avions fait placer un vésicatoire au bras, couvrir la peau de flanelle ; nous avions, en outre, prescrit quelques tisanes pectorales et quelques doses de sirop d'ipécacuanha

composé. Une amélioration remarquable, nous apprit-on, avait suivi cette médication; mais il y avait une huitaine de jours que la toux avait repris avec une certaine intensité. Depuis quatre à cinq jours, il s'y était joint de l'enrouement, et depuis trois jours la voix était presqu'éteinte.

Nous trouvâmes cet enfant levé; le pouls battait cent-vingt fois par minute; l'inspiration et l'expiration étaient sifflantes, bruyantes; l'aphonie complète; la toux médiocrement fréquente, très-enrouée; les amygdales assez tuméfiées et en partie recouvertes de quelques légères exsudations blanchâtres; la dyspnée était par instant assez prononcée, la figure rouge, colorée, l'intelligence parfaite; il y avait de la soif, de la constipation; les urines étaient rares et muqueuses. (Prescription : deux sangsues à la gorge ; un gramme de poudre d'ipécacuanha en deux doses; vingt décigrammes d'un mélange de calomel et de jalap; vésicatoire au-devant du sternum.)

Trois à quatre vomissements eurent lieu sans expulsion de fausses membranes; nuit agitée; plusieurs accès de dyspnée, surtout vers l'aube.

Le 24, vers dix heures du matin, pouls de cent vingt-huit à cent trente pulsations; agitation, anxiété, dypsnée continuelle; respiration très-embarrassée; l'air pénètre à peine dans le tissu vésiculaire du poumon; percussion sonore; toux enrouée, rauque, peu fréquente; face rouge, congestionnée. (Prescription : un décigramme d'émétique en trois doses; trois sangsues à la gorge; frictions avec l'onguent napolitain, quinze grammes pour trois frictions autour du cou.

La gravité du cas nous laisse très-peu d'espoir. M. Guersant appelé par nous en consultation, partage toutes nos craintes sur l'issue funeste de ce croup grave : rendez-vous est pris dans la soirée avec M. Paul Guersant, chirurgien à l'hôpital des Enfants, pour pratiquer la trachéotomie. Réunis vers une heure du matin, M. Guersant fils et moi, nous nous décidâmes à attendre au lendemain, d'autant plus que l'enfant était moins agité et étouffait moins.

Le 25 à dix heures et demie du matin, cent-vingt pulsa-

tions; moins d'anxiété, la respiration est un peu moins gênée que la veille; cependant il y a toujours de quarante à cinquante inspirations par minute, et les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx sont encore laborieux et bruyants. Plusieurs vomissements ont eu lieu à la suite de l'administration de l'émétique. A la suite de l'un deux, vers les trois heures du matin, ont été rejetées deux concrétions membraniformes, courtes, épaisses, irrégulières, l'une environ de la dimension de l'ongle de l'indicateur de l'enfant, l'autre moins étendue encore. Du reste, aphonie toujours complète, pouls assez faible, peau chaude, figure pâle et moins baignée de sueur, une selle abondante, urine rare. (Prescription : quelques cuillerées d'eau et de lait, de lock blanc, frictions mercurielles autour du cou; cinq centigrammes de calomel a donner d'heure en heure, dans une cuillerée d'infusion de polygala. Pour l'après-midi, cinq centigrammes de tartre stibié.)

M. Paul Guersant, peu partisan de la trachéotomie, qu'il a presque toujours vu échouer (bien qu'il l'ait pratiquée fréquemment à son hôpital), et qu'il considère également comme une dernière et très-chanceuse, très-périlleuse ressource, est aussi d'avis d'attendre l'imminence de l'asphyxie pour recourir à cette opération. Il propose, du reste, l'essai d'une nouvelle modification apportée à l'appareil pour la cautérisation du larynx et de la trachée; modification récemment conçue et communiquée par M. Bretonneau. Ce qui consiste en une éponge fine, de la grosseur environ d'une noix, fixée au bout d'une baleine assez forte et recourbée à la chaleur d'une bougie à cinq ou six centimètres à peu près de son extrémité, et presqu'à angle droit. L'éponge est imbibée d'une solution de nitrate d'argent (au degré de quatre grammes de ce sel, pour trente deux grammes d'eau distillée); elle est introduite dans le fond de la gorge, l'épiglotte est soulevée et la solution exprimée au-dessus de la glotte.

Nouveau rendez-vous est pris pour quatre heures de l'après-midi, afin de mettre en usage ce nouveau procédé, que d'avance

nous goutons en effet. Le 25, à quatre heures de l'après-midi, le petit malade est très-mal; l'orthopnée est considérable, l'anxiété, l'agitation extrêmes; la tête est fortement renversée en arrière; la figure et le cou sont vergetés, d'une coloration d'un rose pâle mêlée de violet, les lèvres sont violacées, le pouls précipité et irrégulier, la respiration de même.... l'asphyxie est sur le point d'avoir lieu. Nous nous décidâmes alors à ouvrir la trachée. M. Paul Guersant procède immédiatement à cette opération. Le petit malade est contenu par des aides; la trachée, située profondément, est mise à nu, incisée et l'ouverture maintenue ouverte au moyen du dilatateur : dès-lors l'enfant, dont la respiration venait de se suspendre et qui était presque asphyxié, se ranime; la respiration se rétablit; des bouffées d'air et de mucus, mêlées d'un peu de sang, sont expulsées par l'ouverture trachéale. Il y a un peu d'emphysème dans les portions droites de la face et du cou. Une fausse membrane se présente à l'ouverture et nous l'extrayons; elle a environ trois centimètres de long sur six à huit millimètres de large, son épaisseur est d'environ un millimètre, elle est inégale et frangée vers ses extrémités, lisse sur ses deux faces. Sa couleur est celle de la peau morte, son apparence celle des membranes, que l'on rencontre fréquemment à la surface des vésicatoires. D'ailleurs très-peu de sang s'est écoulé par la plaie, dans laquelle a été introduite la canule d'argent, fixée ensuite avec des liens autour du cou.

Presque immédiatement après l'opération, pratiquée avec beaucoup d'habileté par M. Paul Guersant, se remarque le changement le plus heureux dans l'état du malade... La respiration douce, tranquille, est à peine, de loin en loin, interrompue par quelques légers accès de toux, qui font échapper quelques mucosités et quelques parcelles membraniformes. L'enfant replacé dans son lit, prend la tasse qu'on lui présente et boit quelques gorgées d'hydrogat; bientôt il s'endort d'un sommeil paisible. Toute médication est suspendue.

Le lendemain, 26, à neuf heures du matin, pouls à quatre-vingt-seize pulsations. La nuit a été bonne, le sommeil n'a

pas été cependant continu, l'amélioration constatée la veille après l'opération, semble se soutenir ; cependant nous remarquons un peu d'agitation. (Eau de laitue édulcorée avec le sirop de gomme; quelques cuillerées d'eau et de lait.)

On vint nous chercher en toute hâte le même jour, vers quatre heures de l'après-midi : le malade est en effet au plus mal. C'est à partir de onze heures que son état s'est progressivement aggravé. La dyspnée ou plutôt l'orthopnée est très-grande; les accès de toux fréquents; un gargouillement très-marqué s'entend chaque fois que l'air pénètre ou sort de la poitrine. Le pauvre enfant n'a pas la force de pousser au-dehors cet amas de mucosités qui obstrue l'arbre aérien. Une fausse membrane d'environ quatre centimètres de hauteur, annulaire, évidemment trachéale a été retirée sans soulagement, et l'asphyxie n'en a pas moins continué à se prononcer. Pouls fréquent et irrégulier; peau recouverte d'une sueur froide; figure pâle, exprimant la souffrance et l'anxiété, lèvres violacées; vainement cherche-t-on, au moyen de l'égouvillon, à extraire quelques parties du mucus visqueux et adhérent qui obstrue les conduits aériens : La mort est imminente : elle eut lieu vers les huit heures du soir, environ 27 ou 28 heures après l'opération et fut précédée de quelques mouvements convulsifs.

Autopsie, le 28 au matin. *Habitude extérieure* : face pâle, gonflement emphysémateux de la joue droite et du cou ; extrémités des membres bleuâtres; rigidité générale; contraction des doigts; lividités cadavériques.

Quelques légères exsudations pelliculaires sur les amygdales, qui paraissent un peu gonflées; pas d'exsudations dans la bouche, le pharynx, ni l'œsophage; toute la face interne du larynx est recouverte de pellicules membraniformes. Une d'entre elles, un peu plus volumineuse et sous forme de diaphragme percée supérieurement, tapisse l'entrée de la glotte; nulle pseudo-membrane ni dans la trachée, ni dans les bronches ; mais une rougeur assez intense de la muqueuse se manifeste à partir de la blessure trachéale et se perd dans les divisions de l'arbre bronchique. Tous ces canaux contiennent en abondance

du mucus visqueux et filant; les deux poumons sont engoués postérieurement, environ dans le tiers de leur étendue et surtout vers leur base; plusieurs traces d'emphysème se rencontrent sur leur face externe et sur leur bord postérieur. Le lobe inférieur du poumon gauche contient plusieurs indurations pneumoniques; au centre de l'une d'elles, se trouvent trois tubercules miliaires. L'incision du tissu pulmonaire laisse suinter du mucus visqueux, et en quelques endroits d'aspect semi-purulent. Ni les glandes cervicales, ni les glandes lymphatiques qui avoisinent la trachée et les bronches, ne paraissent sensiblement gonflées; pas d'épanchement dans la cavité des plèvres, ni dans le péricarde; ni rougeurs, ni adhérences pleurétiques; beaucoup de sang noir caillé ou caillebоté dans les principaux vaisseaux et dans le cœur. Nous supprimons, comme détails parfaitement inutiles, l'investigation des autres organes qui du reste n'ont présenté rien d'anormal.

Réflexions. Cette observation nous semble pouvoir offrir quelqu'intérêt sous plus d'un rapport. 1° Elle a trait à un cas de *croup* qui, selon nous, a procédé de bas en haut. L'enfant qui en fait le sujet était affecté depuis long-temps, en effet, de bronchite, qui dans les derniers temps s'était considérablement amendée et ne s'était ravivée que peu de jours avant la constatation de l'affection croupale. L'enrouement ne s'était manifesté que quatre ou cinq jours après la recrudescence de la phlegmasie des bronches.

2° L'inspiration et l'expiration étaient pareillement laborieuses, bruyantes, amphoriques; la toux était peu fréquente, l'orthopnée plutôt continue que par accès.

3° Il existait une fausse membrane annulaire complète.

4° Aucune pseudo-membrane obstruante n'a été trouvée au-dessous de l'ouverture trachéale. Ce n'est donc pas à la présence de nouveaux produits de cette sorte que peut être attribué le retour des accidents, le lendemain de l'opération, mais à l'extension violente de la phlegmasie et à la supersinction bronchique. Si donc une amélioration instantanée et bien séduisante, est le résultat immédiat du passage donné à l'air au moyen de l'in-

cision de la trachée ou du larynx, tout danger est loin d'être conjuré dès-lors; car si la reproduction des fausses membranes ne ramène pas toujours une seconde agonie, la réaction inflammatoire seule paraîtrait fréquemment suffisante pour frapper le coup de la mort. Les partisans de l'opération peuvent, il est vrai, objecter que pareillement on meurt souvent à la suite de l'opération de la taille et de celle de la hernie étranglée, mais que l'on périt *immanquablement* par le fait de l'abandon à elles-mêmes de maladies auxquelles la médecine opératoire pouvait encore tendre, pour ainsi dire, une planche de salut.

64e OBSERVATION.

Angine pseudo-membraneuse. — Vomitif et cautérisation avec la solution de nitrate d'argent. — Guérison (1).

Auguste Ganet, âgé de cinq ans, de constitution médiocrement forte, entre à l'hôpital le 13 décembre, dans le service des dartreux, pour un prurigo. Le 19 il se plaint de la gorge; la respiration est gênée; il y eut la nuit de l'agitation, de l'insomnie. On le fait passer dans la division des maladies aiguës, où il nous offre le lendemain les symptômes suivants : face animée, céphalalgie sus-orbitaire, injection des conjonctives, tuméfaction des ganglions cervicaux, inspiration sonore s'entendant à distance, expiration facile. En examinant l'intérieur de la cavité buccale, nous trouvons les deux amygdales énormément tuméfiées et couvertes, ainsi que le voile du palais, de plaques nombreuses et isolées, d'un blanc jaunâtre. Le rapprochement des amygdales ne permet pas de voir le pharynx. La déglutition est notablement gênée; la douleur est peu vive; l'haleine est fétide, d'une odeur nauséabonde, mais non gangréneuse. La voix est nasonnée; le nez est le siége d'un écoulement séreux jaunâtre. Éternuements fréquents; langue couverte d'un enduit épais, large et humide; pas de nausées, de vomissements, ni de diarrhée.

(1) Observation et réflexions publiées par Constant, dans la *Gazette médicale* du 15 février 1834.

Peau chaude halitueuse ; pouls petit à cent quarante-quatre pulsations ; vingt-quatre inspirations par minute. (*Orge miellée un pot, bouillon aux herbes, 12 grains d'ipécacuanha avec addition d'un grain de tartre stibié en deux doses; gargarisme avec orge et miel rosat; bain de pieds sinapisé; diète.*) Dans la journée, vomissements abondants de matières glaireuses sans apparence de fausses membranes ; trois évacuations liquides.

Le 21. L'exsudation pseudo-membraneuse a fait depuis hier de notables progrès; elle n'est plus formée de plaques isolées, mais elle recouvre dans leur totalité les deux amygdales et une partie du voile du palais. La couleur des fausses membranes est d'un blanc mat. L'altération de la voix, la gêne de la respiration persistent, ainsi que la dysphagie. Cependant la gorge n'est, au rapport du malade, le siége d'aucune douleur. La langue est tuméfiée : elle conserve sur les bords l'impression des dents ; le coryza persiste, ainsi que l'écoulement séreux jaunâtre des fosses nasales. Même fétidité de l'haleine ; les vomissements et la diarrhée, provoqués par l'ipécacuanha, ont complètement cessé. Pouls à cent trente ; cinquante inspirations par minute ; agitation la nuit, plaintes continuelles, insomnie. (*Toucher deux fois par jour le fond de la gorge avec un pinceau de charpie trempé dans la solution de nitrate d'argent; quatre grains pour une once d'eau distillée. Un vésicatoire aux cuisses.*) Le 22, peu de changement. On continue la même médication, sauf les vésicatoires. Le 23, les fausses membranes ont disparu sur une partie des amygdales; elles sont amincies dans d'autres points. La voix est moins altérée, la déglutition moins gênée. On continue la cautérisation qui ne présente aucune difficulté, le malade étant fort docile. Les vésicatoires des cuisses le tourmentent beaucoup ; la fièvre persiste avec la même intensité que les jours précédents ; du reste, pas le moindre trouble des voies digestives. On sèche les vésicatoires. Le 25, il ne reste que deux petits points pseudo-membraneux au sommet des deux amygdales ; ces glandes ont à peu près leur volume normal ; elles sont d'un rouge assez vif. La voix est naturelle ; l'haleine

n'exhale plus de mauvaise odeur ; la langue est dépouillée de son enduit, elle est humide. Le pouls est descendu à quatre-vingt-quatre; la chaleur de la peau est naturelle ; pas de gêne dans la respiration ; vingt-quatre inspirations par minute. Le coryza a cessé; le malade a dormi pendant une grande partie de la nuit ; il demande à manger pour la première fois. (*Lait et semoule. On touche avec le caustique pour la dernière fois.*) Les jours suivants il reste encore quelques petits points blancs, qui sont peut-être le produit de la cautérisation, et qui disparaissent insensiblement. Le malade quitte l'hôpital entièrement guéri, le 30 décembre.

Presque tous les auteurs qui ont observé et décrit des épidémies d'affections pseudo-membraneuses, ont signalé l'influence de l'humidité sur la production de ces maladies. Ce qui s'est passé à Paris pendant ce trimestre vient tout-à-fait à l'appui de cette observation. Depuis quelques années le croup et l'angine couenneuse étaient devenus extrêmement rares. A l'hôpital des Enfants, où l'on reçoit annuellement près de trois mille malades, on n'en avait observé depuis quelques années qu'un très-petit nombre de cas. M. Baudelocque, qui depuis trois ans est médecin de cet hôpital, n'avait pas encore vu un seul cas de croup dans son service; et M. Guersant nous a affirmé que depuis la même époque il n'en avait recueilli qu'une seule observation. Outre quelques cas d'angine couenneuse, nous avons observé pendant ce trimestre trois cas de croup à l'hôpital. Le premier cas est relatif à un garçon de six ans qui nous fut apporté pendant la dernière période de la maladie ; il succomba quelques heures après son arrivée. Le second malade était une jeune fille amenée également dans un état désespéré ; l'interne de garde proposa la trachéotomie à laquelle les parents ne voulurent pas la soumettre. Enfin un troisième malade, âgé de seize mois, fut amené à la consultation de M. Guersant ; il était dans l'état le plus grave; une médication active fut mise en usage, mais ce fut sans succès. Plusieurs autres cas ont été observés en ville; pour notre part nous avons donné des soins à un jeune malade atteint de diphthérite ; et un

de nos habiles chirurgiens a pratiqué la trachéotomie sur un enfant de la rue du Sentier. Les adultes n'en ont pas été toujours exempts, car Broussais présenta aux élèves qui suivaient son cours de pathologie, le canal aérien d'un jeune militaire qui était entièrement tapissé de fausses membranes. Elles occupaient le larynx, la trachée-artère et les bronches.

Chez les trois sujets dont nous avons pratiqué la nécropsie, les fausses membranes n'étaient pas bornées aux voies aériennes, il en existait dans tous les cas sur le pharynx et les amygdales. Le défaut de renseignements ne nous permet pas de savoir par quel point la maladie avait débuté. Toutefois, lorsque les fausses membranes siègent sur les amygdales, le voile du palais ou pharynx, qui sont des parties accessibles à nos moyens thérapeutiques, on ne doit pas hésiter à y porter le caustique dès le début. Chez le sujet de l'observation précédente, quelques symptômes nous faisaient craindre la propagation des fausses membranes aux voies aériennes. La respiration était notablement gênée; l'inspiration était sonore, bruyante, difficile; les bords de la glotte paraissaient altérés. L'écoulement des fosses nasales nous faisait également craindre que la membrane pituitaire ne fût le siége d'une exsudation couenneuse. Nos craintes se sont heureusement dissipées : lorsque sous l'influence de la cautérisation les fausses membranes de la gorge ont été détruites, le malade a été promptement rendu à la santé. Les antiphlogistiques n'ont pas été mis en usage. L'expérience a démontré souvent leur inefficacité. Les vomitifs et les révulsifs cutanés sont des moyens accessoires : Mais la médication vraiment héroïque, c'est la médication topique : elle a été dans ce cas couronnée d'un plein succès.

III.

DES FAUX CROUPS.

§ I. Les dénominations diverses d'asthme aigu de Millar, de laryngite ou angine striduleuse (Bretonneau), de pseudo-croup (Guersant), d'asthme de Kopp, d'asthme spasmodique, croup spasmodique, spasme de la glotte, etc., données alter-

nativement et indistinctement à des affections différentes, contribuent à jeter de la confusion dans un sujet qui a besoin d'être élucidé, et qui nous semble pouvoir l'être. Trois distinctions nous paraissent, en effet, devoir d'abord être établies parmi les divers états morbides à chacun desquels il sera ensuite facile d'adapter un nom. Nous reconnaîtrons d'une part une laryngite ou laryngo-trachéite simple, ou un état local fluxionnaire, hypérémique, une irritation plus ou moins légère, une inflammation plus ou moins vive : de l'autre un reserrement spasmodique de la glotte; en un mot une névrose, et enfin en troisième lieu une affection organique du thymus, un développement anormal de cette glande, gênant et comprimant les organes de l'hématose. Suivent les déminations : 1° de pseudo-croup ; 2° d'asthme de Millar, d'asthme spasmodique, d'angine striduleuse ou de spasme de la glotte ; 3° celle d'asthme thymique, d'asthme de Kopp.

A. Le pseudo-croup proprement dit, celle de ces affections qui en effet a le plus de ressemblance avec le croup véritable, est, avons-nous dit, constitué par une laryngite ou laryngo-trachéite aiguë, sub-aiguë ou tout simplement par une sorte de gonflement fluxionnaire laryngé, tout aussi subit et assez souvent tout aussi éphémère que l'enchifrenement avec lequel alors il a la plus complète analogie. C'est à la laryngite, ou à la laryngo-trachéite simple que semblent appartenir les trois cas de croups intermittents relatés par Jurine, et particulièrement le dernier, où l'on ne trouva pas à l'autopsie de fausses membranes, mais un pus très-épais. Selon M. Guersant, il s'agissait de catarrhes avec remittences dans les accès (1).

Ainsi, et peut-être plus souvent encore que la laryngo-trachéite pseudo-membraneuse, le faux croup se déclare le soir ou pendant la nuit, par une toux rauque, enrouée, tout-à-fait croupale, suivies d'inspirations sifflantes, sonores. A quelques-unes de ces courtes saccades de toux, succèdent des accès plus forts, plus fréquents, pendant lesquels la respiration est pré-

(1) *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, par le docteur Fabre, pag. 176.

cipitée, difficile, bruyante, avec agitation, anxiété, avec accélération du pouls, face vultueuse, sensation de gêne ou de déchirement vers la région laryngée. Après quelques heures de ces accès plus ou moins répétés à des intervalles variables, et après lesquels le petit malade fatigué, brûlant, le visage en sueur, retombe dans le sommeil, ou malgré son accablement reste dans l'insomnie et l'agitation; après un laps de temps variable et assez souvent vers le jour naissant, les crises diminuent d'intensité, tout en devenant plus rares; puis enfin la plupart des symptômes se dissipent et il ne reste plus guère pendant la journée suivante qu'un peu de toux, qui conserve en partie sa rausticité, et l'enfant a repris ses jeux et sa gaieté. Quelques quintes reviennent assez souvent encore pendant la nuit suivante; mais généralement il y a amélioration et la maladie se termine dans un espace de temps peu éloigné en passant par les phases ordinaires d'un rhume. Les accidents sont quelquefois moins sérieux encore et bien moins tranchés. L'enfant qui le plus souvent aussi la veille avait toutes les apparences de la santé, est pris à plusieurs reprises pendant la nuit, de quelques accès de toux croupale; accès assez légers quelquefois pour ne troubler qu'à peine son sommeil.

C'est dans les cas le plus rares que l'on a affaire à une laryngo-trachéite de la durée habituelle des maladies aiguës, avec fièvre continue et surtout assez intense pour mettre en danger les jours de l'enfant (1). Mais considérées comme complications de variole, de rougeole et de scarlatine, ces phlegmasies énergiques et graves sévissent au contraire fréquemment pendant l'enfance.

L'enrouement de la voix, son timbre particulier, son extinction, le sifflement ou bruissement laryngo-trachéal lors des inspirations; les menaces de suffocation pendant les quintes de toux et l'expuition des fausses membranes appartiennent au croup; mais le pharynx ne présente rien d'extraordinaire dans la trachéite et la bronchite pseudo-membraneuse, tandis

(1) Les observations 67 et 68 prouvent néanmoins que ces affections peuvent aussi quelquefois être graves et même funestes.

que dans l'angine croupale l'arrière bouche est plus ou moins recouverte de productions membraniformes, en même temps que les glandes cervicales sont gonflées et douloureuses. Dans le faux croup la toux est aussi rauque, il y a pareillement de violentes quintes de toux avec dyspnée et même sifflement; mais il n'y a ni apparence, ni expuition de fausses membranes, et en général les accidents sont moins prononcés que dans le croup. Le croup et le pseudo croup sont particulièrement fréquents vers l'âge de trois à six ans. Le pseudo-croup est bien plus sujet à récidive et semble plutôt choisir les enfants entourés de bien-être, élevés dans la mollesse; le croup frappe déjà plus également et ceux-ci et les enfants pauvres, peu soignés, exposés aux intempéries atmosphériques.

C'est à l'existence de ce dernier que l'on croira presque immanquablement dans la réunion du pseudo-croup avec la diphthérite; et ce n'est guère qu'à l'autopsie qu'il sera possible de reconnaître l'erreur de diagnostic. Un nouvel exemple de cette complication se trouve inséré dans la *Gazette des hôpitaux* du 24 décembre 1840. Nous le rapportons ci-après, ainsi qu'une observation non moins intéressante publiée par Constant, dans la *Gazette médicale* du 16 mai 1834.

Quand le pseudo-croup, ainsi qu'il arrive le plus souvent, est apyréthique, quand ses symptômes n'ont pas un haut développement de gravité, des moyens très-simples suffisent en général..... Ainsi on peut s'en tenir à l'administration de quelque boisson chaude adoucissante, à l'emploi de cataplasmes légèrement sinapisés placés autour des extrémités inférieures, etc. A un degré plus avancé, nous appliquons immédiatement au devant de la poitrine et à la partie interne des cuisses ou des jambes des morceaux de sparadrap de la grandeur de la paume de la main, émétisés; ce qui produit en peu d'heures une assez forte rubéfaction. Nous prescrivons également de suite 16 à 20 grammes de manne, ou 30 centigrammes d'un mélange de calomel et de poudre de jalap. Quelques heures plus tard, et c'est ordinairement vers le matin, le sirop d'ipécacuanha simple ou composé est donné à la dose de

20 à 30 grammes. Le petit malade d'ailleurs est tenu au lit le jour suivant ; on lui présente quelques cuillerées de lock ; on lui donne à boire une tisane gommeuse, miellée, et pour toute nourriture un peu de lait chaud sucré. Enfin quand il y a de la réaction générale, que l'enrouement est prononcé et les quintes de toux fréquentes, il ne faut pas hésiter à employer, en plus de tout ce qui précède, quelques sangsues à la gorge ; et même si les accès de suffocation sont manifestes, ainsi que la gêne et l'embarras de l'hématose, il faut recourir à la phlébotomie. Car en résumé entre la crainte de trop faire inutilement, et celle de ne pas assez agir quand il y a pourtant nécessité de le faire, il ne doit pas, y avoir d'hésitation : certes il vaut mieux, sans grave inconvénient, faire trop, que de risquer, dans l'inertie, de se trouver dépassé par des accidents qui, abandonnés à tout leur élan, peuvent être désormais difficiles ou impossibles à maîtriser.

Il est très-probable que dans beaucoup de récits d'invasion de croup, et de guérisons faciles d'affections croupales, il ne s'agissait fort souvent que d'affections analogues à celles qui font le sujet de cet article. Du reste, l'erreur et l'apréhension sont très-excusables, car de prime abord, la ressemblance est grande, particulièrement entre le croup et le pseudo-croup (1), et le légitime effroi qu'inspire la première de ces maladies, justifie les craintes exagérées que font d'abord naître la seconde. Nous avons éprouvé maintes fois de semblables inquiétudes, soit dans notre famille, soit près de celles de nos cliens. Et tout récemment nous avons passé de la sorte une partie de la nuit auprès de l'enfant d'un de nos féconds et spirituels auteurs dramatiques. Ces craintes, ces transes, l'expérience du passé, ne peut en garantir complètement, et le temps, l'issue apprennent seulement si elles étaient fondées ou non.

B. Le spasme de la glotte s'observe plus particulièrement après l'époque du sévrage, vers l'âge de dix ou dix-huit mois, quelquefois plus tôt, rarement plus tard. L'intermittence sans être régulière est néanmoins marquée. Les accès d'une fréquence

(1) Voir les deux observations ci-après, 67 et 68.

variable, mais qui, en général, augmente progressivement, se renouvellent environ de six à vingt fois par jour. La durée de chaque accès est le plus ordinairement courte, mais plusieurs ont lieu de suite, et il leur succède un temps de repos assez long. Les symptômes prédominants, souvent les seuls existants, sont une difficulté et presque un empêchement subit de respirer (provenant de la contraction, du resserrement spasmodique de la glotte), puis (et comme conséquence de ce premier phénomène), des inspirations bruyantes, plus tôt analogues à celles de la coqueluche qu'à celles du croup; des expirations plus ou moins courtes ou saccadées, entremêlées ou non de toux; enfin un état d'anxiété qui est en raison de l'obstacle apporté à l'acte respiratoire. Toute perturbation fonctionnelle a un facile retentissement vers le système nerveux, dont l'irritabilité est fort grande chez les enfants, aussi n'est-il pas rare de voir survenir des symptômes convulsifs. Les accès de l'espèce d'asthme dont il est question, sont parfois d'une intensité très-modérée. Suivant M. Kerr (1), qui a publié une monographie sur cette affection, il arrive aussi que la glotte se trouve entièrement fermée un moment, et amène de cette manière une suffocation mortelle. Du reste il n'a rencontré à l'autopsie aucune altération organique, soit au larynx, soit dans la trachée-artère. Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs fois cette maladie, et en dernier lieu même les accidents étaient très-prononcés. Cependant dans cette circonstance comme dans les autres, nous n'avons jamais vu la mort survenir; et c'est seulement depuis que nous avons pris connaissance du mémoire de M. Kerr, que nous croyons à la possibilité de cette fatale terminaison (2); mais nous n'en pensons pas

(1) *The Edinburg medical, and surgical journal* 1838.

(2) Nous nous rappelons cependant un mémoire publié au commencement de 1834 dans le *London Medical gazette*, par le docteur Ley, sur *l'inspiration rauque* des enfants, et sur ses prétendus rapports avec un état morbide des ganglions lymphatiques thoraciques et cervicaux. Observons qu'en traitant de la dégénérescence tuberculeuse, nous citons maints cas où nombre de ces glandes étaient

moins que les cas peu sérieux sont les plus communs. M. Kerr, convient d'ailleurs que les accès sont quelquefois a peine sensibles. Ce qui semblerait encore venir à l'appui ne notre opinion sur la bénignité plus ordinaire de cette maladie, c'est quelle est encore peu connue, tandis qu'elle n'eût pas manqué d'attirer d'avantage l'attention des observateurs, si au lieu de se prononcer à peine, elle eût d'habitude sévi avec une aussi effrayante énergie. Toute fois si dans les convulsions générales il y avait toujours état spasmodique du larynx, et si ce phénomène secondaire, consécutif, pouvait au contraire être envisagé comme essentiel et primitif, il faudrait placer le spasme de la glotte parmi les maladies les plus graves et les plus fréquentes de l'enfance, comme tenant plus particulièrement sous sa dépendance les phénomènes de l'asphyxie, qui sont loin en effet d'avoir toujours un rôle indifférent dans l'issue funeste des convulsions.

Dans l'intervalle des accès et quand ceux-ci sont peu nombreux et peu intenses, l'enfant semble reprendre son état normal; il est gai, joue et conserve son appétit. Mais quand les rémissions sont courtes et les crises sérieuses, il y a de la tristesse, de l'abattement, et si les choses persistent de la sorte au delà d'un petit nombre de jours, nulle doute que la santé gé-

énormément altérées et hypertrophiées, et où cependant il n'avait été reconnu pendant la vie aucun des symptômes notés par M. Ley. Des deux faits d'ailleurs sur lesquels il s'appuye, l'un nous paraît appartenir à un pseudo-croup compliqué de spasme de la glotte (complication tout à la fois assez rare et grave), et l'autre non moins évidemment à une phthisie pulmonaire. Il y avait, en effet, dans le premier, des accès irréguliers d'enrouement et de toux. En dernier lieu ces accès s'accompagnaient d'orthopnée avec *inspirations sonores comme dans la coqueluche*, et l'enfant finit par succomber *après avoir fait de grands efforts pour recouvrer sa respiration.* A l'autopsie on ne trouva rien si ce n'est un gonflement des glandes mésentériques. Les ganglions circum-bronchiques étaient aussi très-altérés, est-il dit, et l'un était gros comme une châtaigne médiocre; mais au reste il n'était nullement question de compression.

Dans le second cas le petit malade avait continuellement toussé, étouffé et dépéri depuis sa rougéole et les poumons étaient parsemés de vomiques.

nérale ne reçoive une atteinte profonde. La faiblesse, le dépérissement, feraient d'ailleurs d'autant plus de progrès qu'il y a souvent alors des vomissements, et que les boissons et les aliments se trouvent fréquemment rejetés.

Dans les deux derniers faits qui se sont présentés à notre observation, la durée à été de sept à huit jours. Nous regrettons que M. Kerr ne dise rien de positif sur le terme de l'angine striduleuse; affection qu'il attribue au refroidissement, et à la quelle il oppose les bains chauds et tous les moyens aptes à rappeler la transpiration, sans toutefois négliger de remplir toutes les indications qui se présentent.

M. Kyll (1) énumère de la manière suivante les causes que l'on peut le plus *raisonnablement* attribuer à cette affection.

1° En première ligne, l'inflammation du cerveau et de ses membranes. Les symptômes décrits récemment par Gœlis de Vienne, comme ceux de l'hydrocéphale appartiendraient au spasme de la glotte.

2° L'inflammation de la portion cervicale de la moelle épinière.

3° L'engorgement des ganglions lymphatiques du cou et de la poitrine. Hufeland est le premier qui ait signalé le spasme de la glotte chez les enfants scrofuleux, et il a donné à cette maladie le nom de catalepsie pulmonaire.

4° L'hypertrophie du thymus peut aussi produire ce spasme comme les ganglions engorgés, en comprimant la neuvième paire de nerfs.

Cette énumération seule, sans parler des symptômes relatés par l'auteur en question, et qui sont, pour ainsi dire, ceux appartenant à la période extrême du croup et des phlegmasies cérébrales, prouve que non-seulement il n'a pas distingué l'asthme de Kopp, de l'asthme de Millar, et les combinaisons de ces maladies entre elles, mais qu'il a confondu sous la dénomination de spasme de la glotte des maladies diverses et tout-à-fait distinctes.

(1) *The continental and British medical review*, décembre 1837, mémoire de M. Kyll, intitulé : *Du spasme de la glotte.*

Les moyens que nous avons employés et qui nous ont réussi sont : lesirop dipécacuanha à dose vomitive, le matin et à deux ou trois jours d'intervalle ; pareillement s'il n'y a pas de contradiction, quinze à vingt centigrammes de calomel ; puis en outre une potion gommeuse avec l'oxyde de zinc et la poudre carignan, administrée par cuillérées à bouche dans le courant de la journée ; enfin quelques frictions avec la pommade stibiée au devant de la région épigastrique ; des cataplasmes chauds, de farine de graine de lin, très-légèrement saupoudrés de farine de moutarde, autour des jambes ; une diète lactée, etc.

C. L'asthme de Millar ou le spasme de la glotte, ne paraît pas être la seule affection qui fasse, ou menace de faire périr de suffocation les jeunes enfants. Plusieurs médecins dans ces circonstances, entre autre les docteurs Kopp, de Copenhague et Hirsch de Kœnigsberg et Brera, ont trouvé le thymus (1) d'un volume anormal, et opprimant les principaux organes thoraciques. Le docteur Brera a vu le thymus, large de deux pouces, s'étendre de la glande thyroïde jusqu'au diaphragme et comprimer, étrangler dans son trajet la trachée-artère, les poumons, le cœur, les vaisseaux, les nerfs, etc. Une autre fois il l'a trouvé adhérent à la même glande et couvrant le cœur, de sorte que les mouvements de ce viscère devaient en être gênés, très-pénibles et presqu'éteints. Sur un troisième enfant le thymus avait des prolongements, en manière de vrilles, qui entouraient et étranglaient les veines jugulaires, les artères innommées et carotides.

Le tissu de cette glande est tantôt à l'état normal, tantôt (et c'est le cas le plus fréquent) il est plus dur, plus rouge. Des observations très-exactes ont démontré que le thymus ne commence pas à diminuer de volume dès la première période de la vie extra-utérine ; qu'au contraire il croît jusqu'à l'âge d'un ou deux ans, où il est alors parvenu à son summum d'accroissement. Enfin, depuis cette époque jusqu'à l'âge de huit ou dix

(1) Frank avait déjà parlé du gonflement extraordinaire des glandes bronchiques et du thymus dans l'asthme infantile.

ans, il subit peu de changements ; mais ensuite il diminue progressivement jusque vers l'âge de seize ans et s'atrophie. Comme la glande thymus a les plus intimes rapports avec la trachée et avec les gros troncs artériels et veineux, s'étendant assez souvent en haut de manière à se réunir à la thyroïde et se mettre en contact avec le larynx; comme elle est en outre fournie d'artères, de veines, de vaisseaux absorbants et de nerfs, lesquels nerfs semblent communiquer avec les principaux nerfs de la respiration, il n'est pas étonnant que toutes les fois qu'elle s'agrandit d'une manière morbifique, ou qu'elle est le siége d'une autre condition pathologique, elle suscite de graves symptômes dont on observe les plus importants chez les sujets scrofuleux. M. le docteur Corti, auquel nous empruntons ces derniers détails anatomiques (1), en produit d'autres non moins curieux et, que nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici, sur le volume et le poids normal et anormal de la glande thymus. Le docteur Koop a le premier décrit et classé l'asthme thymique comme une maladie distincte. Les principanx symptômes qu'il attribue à cette affection sont les suivants : inspirations sifflantes, assez analogues à celles de la coqueluche, seulement elles sont plus aiguës, plus perçantes. Les enfants inspirent cinq à six fois avant de faire une expiration, et celle-ci est également bruyante; enfin, comme dans les violents accès d'asthme, la respiration reste quelquefois momentanément suspendue et l'enfant peut étouffer dans cet instant. La langue est parfois sortie de la bouche, même pendant le sommeil, épiphénomène auquel il attache une grande importance, ainsi qu'à la matité qui existerait à la région thymique.

Des recherches de M. Corti, il résulterait aussi que la maladie à laquelle on donnerait d'une manière banale, en Italie, le nom de *gallicino* (chant du coq) d'asthme des enfants, de spasme de la glotte, et dont les symptômes principaux seraient

(1) *Notice sur l'anatomie et la pathologie de la glande thymus* (*Journal des sciences médicales* de Turin 1840, par Joseph Corti. — *Gazette des hôpitaux* du 30 janvier 1841).

la dyspnée et la respiration croupale, a été reconnue exister avec l'augmentation de volume ou l'hypertrophie de la glande thymus; mais que du reste la dilatation thymique peut avoir lieu chez des enfants jouissant d'une bonne santé. Ces citations sembleraient prouver que si ce médecin croit à la possibilité de la coïncidence du développement du thymus avec les symptômes de l'asthme de Millar, et pense même que l'état pathologique en question, favorise la production de tels phénomènes morbides, il est néanmoins éloigné de ne voir dans tout cela que cause et effets; car il reconnaît positivement que l'un et les autres peuvent exister isolément.

La dyspnée est le seul symptôme de l'existence duquel on se rende bien compte dans cette affection, et c'est le seul relaté dans l'observation recueillie par A. Cooper (1) relative à une jeune malade, qui en effet éprouvait beaucoup de dyspnée, surtout chaque fois qu'elle était couchée, et à l'autopsie de laquelle on trouva la trachée comprimée et aplatie par le thymus énormément agrandi. Un cas analogue avec les mêmes paroxismes, est rapporté par Meckel et par Haugsted (2).

Aussi, jusqu'à présent, sommes nous disposés à admettre l'existence de l'angine striduleuse, comme complication de l'asthme de Koop, quand, pendant la vie, le sifflement se sera ajoûté à la dyspnée et lors qu'ensuite à l'autopsie, l'hypertrophie thymique aura été constatée.

Billard (3), tout en disant que le thymus est susceptible d'éprouver certaines maladies pendant le court espace de son existence passagère, avoue qu'il n'a jamais observé de symptômes particuliers qui se rattachassent à ces maladies; bien qu'en ouvrant des cadavres d'enfants, il l'ait vu deux fois très-tuméfié, très-rouge et d'une friabilité extrême. M. Véron a rapporté un

(1) Astley Cooper, *The anatomy of the thymus gland*. London, 1832. — Trad. par Pigné et Tobin, Paris, 1832, in-8.

(2) Haugsted, *Thymi in homine, ac perseriem animalium, descriptio anatomica pathologica et physiologica*, 1832; — *Archives générales de médecine*, 1834.

(3) *Traité des maladies des Enfants*, Paris, 1837, p. 626.

exemple d'inflammation du thymus avec formation de pus dans l'intérieur de cet organe, sans phénomènes appréciables pendant la vie (1).

M. Ollivier d'Angers, dans la note qu'il a placée dans l'ouvrage de Billard, présente le résumé des recherches de M. Haugsted.

A propos de l'hypertrophie du thymus, il est dit que des observations nombreuses prouvent qu'une augmentation de volume de cet organe peut causer tout à la fois un sentiment de gêne pénible et une dypsnée plus ou moins grande. Toutefois il ne faudrait pas penser que le développement anormal du thymus fut constamment accompagné de dyspnée, car il y a aussi plusieurs exemples de thymus très-volumineux trouvés chez des individus qui n'avaient jamais offert de trouble dans l'appareil respiratoire. Caspari et Pagenstecher considèrent même l'augmentation de volume du thymus comme l'effet et non comme la cause de l'asthme des enfants qu'ils rapportent à une affection du nerf vague. Cette maladie revient par accès périodiques, nonobstant la persistance de la cause.

Les exemples de cette forme d'affection ne sont pas très-rares, M. Dubois de Saint-Quentin en a communiqué un à l'Académie royale de médecine (2). Un enfant de dix mois était sujet à quelques accès de suffocation qui duraient à peine quelques secondes; après quoi l'enfant redevenait gai, et offrait toutes les apparences d'une parfaite santé. Cependant la déglutition était un peu gênée. Cet enfant mourut subitement au milieu d'un accès. A l'ouverture, on trouva le thymus double de son volume normal. Les parois du ventricule droit étaient flasques et amincies, et sa cavité dilatée outre mesure.

M. Haugsted doute que ce soit à la seule compression des organes respiratoires que l'on doive toujours rapporter la dyspnée qui accompagne ordinairement l'hypertrophie du thymus, car il existe le plus souvent en même-temps (il vient d'en être cité un

(1) *Observations sur les maladies des enfants*, Paris, 1825, in-8.
(2) *Bulletin de l'Acad. royale de méd.*, Paris, 1837, t. I, pag. 718.

exemple) quelque vice organique du cœur ou des poumons, qui apporte un obstacle à la respiration : et qu'il soit ou non l'effet de la compression exercée par le thymus, il est évident que cette altération organique contribue pour sa part à la production de la dyspnée.

Le pronostic de la maladie de Koop, de même que celui de toute affection procédant d'une détérioration organique, ne peut être que très-alarmant; le malade finit presque toujours par périr dans les convulsions. La base la plus rationnelle de traitement (bien que la réussite soit d'autant plus douteuse que d'abord on ne connaît pas de moyens d'agir directement sur le thymus) semble devoir être constituée par l'emploi méthodique des saignées locales (Graf et Husch recommandent la méthode de Valsalva, comme pour les anévrysmes. M. Ley la saignée de la jugulaire et la trachéotomie), de la ciguë, de l'iode et des antispasmodiques. C'est à peine si nous osons mentionner l'opération de l'extirpation de la tumeur, conseillée par M. Allan Burns.

SOIXANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Hypertrophie du thymus chez un enfant nouveau-né.—Asphyxie (1).

Une dame accouche à onze heures du matin, d'un enfant mâle bien portant. Dans l'après-midi, il prend le sein, rend le méconium, urine et paraît dans le meilleur état de santé. A trois heures du soir, il devient immobile, et sa face prend une teinte livide; bientôt après il s'endort.

Le lendemain matin, il est présenté à la consultation de M. Robarts. La peau n'est point chaude; mais la respiration est extraordinairement fréquente et saccadée; les parois thoraciques, le diaphragme et les muscles abdominaux sont en mouvement continuel. Le cœur bat avec une force et une fréquence extraordinaires; la violence de ces battements se fait sentir sur tous les points de la poitrine et même de l'abdomen.

(1) Observations et réflexions publiées dans la *Gazette des hôpitaux*, du 15 janvier 1839.

Pas de toux ni de râle sous-crépitant. La fréquence du pouls est telle qu'on ne peut pas en compter les battements.

M. Robarts soupçonne l'existence d'une pneumonie ou d'une hypertrophie de la glande thymus. Quelques heures après, l'enfant se met à crier, et succombe avant qu'on eût rien fait.

A l'autopsie, on trouve la glande thymus tellement hypertrophiée, qu'elle touche la pointe du cœur; elle s'étend profondément sur les deux côtés de la poitrine, couvre une grande portion du cœur, mais ne pèse pas sur les poumons : sa couleur est pâle; son poids est de quatre cent deux grains; sa longueur de deux pouces et demi à trois pouces, son épaisseur de six lignes. Sa face interne est concave et lisse. L'abdomen et la tête n'ont pas été ouverts.

La maladie dont on vient de lire les détails, a été à peine étudiée jusqu'à ce jour. Plusieurs faits de cette espèce existent cependant dans la science. Nous manquons de données positives néanmoins, pour la reconnaître sur le vivant.

Dans un second fait observé par M. Robarts, les symptômes ont été absolument les mêmes que dans le précédent. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'état d'accélération fonctionnelle et de gêne des organes de la poitrine ne s'est pas déclaré au moment même de la naissance. Il est évident que le thymus hypertrophié agit comme un corps étranger dans la cavité thoracique, et qu'il produit des phénomènes que quelques praticiens ont désignés sous le nom d'*asthme thymique*.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut admettre deux espèces d'asthme thymique : l'une dépendant de l'action irritante de la glande sur le cœur, le poumon et les gros vaisseaux; l'autre, de cette même action sur les nerfs vague et laryngien.

Quels peuvent être les causes et le traitement de cette formidable maladie du fœtus? *Fiat lux !*

SOIXANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Croup et faux croup (1).

Une petite fille est amenée à l'hôpital pour une brûlure ; elle fut prise d'une angine couenneuse, dont les progrès ne purent être enrayés ni par le jus de citron, ni par le nitrate d'argent. Bientôt les symptômes du croup annoncèrent la formation de fausses membranes dans le larynx ; mais ces symptômes étaient faibles et il n'y avait nullement menace d'asphyxie, circonstance qui éloigna nécessairement la pensée même d'en venir à une opération chirurgicale. La maladie cependant faisait des progrès, quoique lents : on a vainement opposé, outre la cautérisation, les frictions avec l'onguent mercuriel, et à l'intérieur le calomel. La mort est arrivée sans que le petit malade ait présenté les symptômes de suffocation qui, dans le croup, déterminent le chirurgien à pratiquer la trachéotomie. L'autopsie a fait connaître l'existence de fausses membranes dans le larynx et dans la trachée-artère.

SOIXANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Un petit malade avait été soumis, sept semaines auparavant, à une première séance de lithotritie, avait eu une orchite et enfin il lui survint une nouvelle complication plus grave encore, le *croup :* lequel commenca par le développement de fausses membranes sur les amygdales. M. Guersant, négligeant l'emploi des sangsues, dont l'insuffisance en pareil cas lui semble trop fréquente, a eu recours de suite aux purgatifs, aux vomitifs et aux frictions mercurielles, en même temps que les productions membraneuses furent touchées avec la dissolution de nitrate d'argent. Malgré cette médication, le *croup*, continua de faire des progrès. La voix était *striduleuse* et presque entièrement éteinte. *Ces symptômes ne lui laissaient presque pas de doute relativement à l'existence de fausses membranes dans*

(1) Ce fait et le suivant sont extraits de la *Gazette des hôpitaux*, du 24 décembre 1840. Hôpital des Enfants, service de M. Guersant fils.

le larynx. Cependant jusqu'alors, les organes thoraciques accomplissaient bien leurs fonctions, et il n'y avait pas de menace d'asphyxie. La dissolution de nitrate d'argent employée était composée de quarante centigrammes de sel sur trente-et-un grammes d'eau distillée. Cette dissolution fut portée vers l'arrière-gorge, au moyen d'une éponge fixée à l'extrémité d'une tige de baleine, et l'on tâcha d'en faire entrer dans l'intérieur du larynx. En même temps, furent prescrits frictions mercurielles, locks émétisés et boissons adoucissantes. Du reste il était accordé au malade du lait et du bouillon.

Les symptômes qui eurent lieu au début furent de la toux, qui se rattachait à une angine tonsillaire, qui ne tarda pas à se compliquer de la formation de fausses membranes. Le jus de citron fut aussi employé, et par suite de son insuffisance, on passa au nitrate d'argent, formulé comme il a été dit et suivant le conseil de M. Bretonneau. La veille de la mort, l'aphonie était complète; toutefois la respiration n'était pas laryngo-trachéale et le bruit respiratoire se faisait entendre dans presque la totalité du poumon. Les frictions mercurielles autour du cou avaient été aussi employées, ainsi que le calomel. L'auscultation annonça que la surface respirante du poumon diminuait graduellement, tandis que l'étouffement faisait des progrès. La mort survint environ huit jours après l'invasion, sans étouffement, sans suffocation, sans bruit laryngo-trachéal et par les seuls progrès de l'affaissement.

A l'autopsie, on trouva les caractères d'une inflammation extrêmement intense de la membrane muqueuse du larynx, de la trachée-artère et des grosses bronches. Cette membrane était épaissie et ulcérée en plusieurs points ; mais elle ne présentait pas *la moindre trace de fausses membranes*. (Le malade, d'ailleurs, *n'en avait pas rejeté pendant la vie.*) Les deux poumons étaient enflammés; la pneumonie siégeait principalement en avant et sur les parties latérales.

Il y eut donc ici diphthérite au début, inflammation violente de la membrane muqueuse des voies aériennes, pneumonie, mais il n'existait pas de croup.

SOIXANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Laryngite aiguë simulant le croup. — Applications répétées de sangsues sur la partie antérieure du cou sans aucun amendement. — Mort. — Simple rougeur érythémateuse de la muqueuse laryngée (1).

Cabourg, âgé de cinq ans, constitution médiocrement forte, cheveux bruns, embonpoint assez développé, est apporté à l'hôpital le 9 mars. Ce garçon est issu d'une mère qui a succombé à la phthisie à l'âge de vingt-sept ans et d'un père mort depuis deux jours à l'Hôtel-Dieu d'une maladie inconnue. La personne qui l'amène nous dit qu'il tousse depuis environ trois mois, mais que depuis deux jours la toux s'est notablement exaspérée, et s'est accompagnée de raucité de la voix et d'une dyspnée intense. Aucune médication n'a été employée.

Examiné peu d'instants après son entrée, il nous a offert les symptômes suivants : Décubitus assis; teinte violacée de la face; ortophnée; gonflement considérable du cou; inspiration sifflante, très-difficile; douleur de gorge; sensation d'un corps étranger qui s'oppose au passage de l'air dans le canal aérifère; toux petite, sèche, incessante, sans aucune expectoration; pouls serré à cent cinquante pulsations; soixante inspirations par minute. L'examen de l'arrière-bouche ne fait découvrir qu'une légère tuméfaction des amygdales; aucune exsudation couenneuse n'existe sur ces glandes ni sur la paroi postérieure du pharynx; la poitrine percutée rend un son également clair à droite et à gauche; l'auscultation ne fournit que des renseignements négatifs; le bruit produit par le passage de l'air dans la trachée vient retentir vers le point des parois thoraciques sur lesquels l'oreille est appliquée, et masque tous les autres bruits appréciables par l'auscultation; la langue est naturelle; l'appétit entièrement perdu; la soif médiocre; le ventre souple et indolent; l'intelligence est intacte. L'interne de garde fait appliquer dans

(1) Observation et réflexions publiées par Constant, *Gazette médic.*, du 16 mai 1834.

la soirée huit sangsues sur les parties latérales du larynx; il prescrit en même temps un lavement purgatif et des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs. Un vomitif est administré après la chute des sangsues, qui fournissent une assez grande quantité de sang. Trois vomissements abondants et six selles liquides suivent l'emploi de l'ipécacuanha. On remarque un léger amendement après l'emploi de cette médication. La nuit est assez calme; mais le lendemain, les symptômes reprennent avec une nouvelle intensité. Le 10, même coloration de la face que la veille; même orthopnée; inspiration sonore s'entendant d'une extrémité de la salle à l'autre; anxiété extrême; pouls à cent trente-six pulsations régulières et assez développées; cinquante-six inspirations; la toux est suivie de l'expectoration de quelques crachats muqueux opaques, au milieu desquels il n'existe aucun débris de fausses membranes; la matière des vomissements n'en contient pas non plus; la déglutition des boissons est facile; les amygdales sont à l'état normal. (Mauve édulcorée; quinze grains de calomel en trois paquets). Dans la journée, on lui donne une petite quantité de lait, qui est immédiatement rejetée par le vomissement; il a eu quatre selles liquides. Le soir, agitation extrême, délire, orthopnée. (On frictionne la partie antérieure du cou avec quatre gouttes d'huile de croton-tiglium, et on applique un vésicatoire ammoniacal à la nuque.) Le 11, abattement profond; teinte violacée de la face; lèvres volumineuses, livides; inspiration sifflante; toux faible, se rapprochant de la toux croupale; voix éteinte; pouls petit, à cent soixante-quatre pulsations; cinquante-deux mouvements inspiratoires par minute. Lorsqu'on interroge le malade sur le siége de son mal, il porte la main à son cou. L'examen du thorax ne fournit toujours que des signes négatifs; la percussion donne partout un son clair; l'auscultation ne donne aucun renseignement positif. (Six sangsues au cou; deux vésicatoires aux cuisses; sirop d'ipécacuanha, deux onces, à prendre par cuillerée à café tous les quarts d'heure.) Aucune amélioration ne suit l'emploi de ces divers moyens. Dans la journée, l'orthopnée persiste; il survient du délire et

une agitation extrême; le malade se jette à droite et à gauche dans son lit; il porte fréquemment la main au larynx pour en arracher l'obstacle qui lui semble s'opposer au passage de l'air.

Le 12 au matin, asphyxie imminente; altération profonde des traits; face livide; voix entièrement éteinte; pouls petit, filiforme. Mort une heure après la visite.

Ouverture du cadavre vingt-trois heures après la mort. Habitude extérieure. Le cadavre est resté couché sur la partie antérieure du tronc, depuis le moment de sa mort jusqu'à l'ouverture. Rigidité des membres très-prononcée. Teinte livide de la face, de la partie antérieure du thorax et de l'abdomen. Ecchymoses noirâtres autour des piqûres des sangsues à la partie antérieure du cou.

Cou et poitrine. L'épiglotte et la glotte présentent une rougeur très-vive et une tuméfaction considérable; l'ouverture de la glotte est manifestement rétrécie; la muqueuse qui recouvre ces parties ne présente ni fausses membranes, ni ulcération, ni infiltration purulente. La même rougeur existe à l'intérieur du larynx; elle est très-marquée à la partie supérieure; elle diminue à mesure qu'on se rapproche de la trachée et des bronches, qui ne présentent qu'une teinte rosée et contiennent un liquide puriforme.

Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés, surtout à droite, ou quelques-uns contiennent des tubercules; adhérences générales et anciennes du poumon gauche à la plèvre costale; adhérences partielles à droite; la cavité des plèvres n'est le siége d'aucun épanchement; au sommet du poumon gauche existent deux petites masses tuberculeuses dont l'une a le volume d'une aveline et l'autre celui d'un pois. Le parenchyme pulmonaire contient un mélange de sang et de sérosité, mais il n'est nullement friable; coupé par morceaux et plongé dans l'eau, il surnage. Le cœur contient dans ses cavités une petite quantité de sang liquide; ses orifices sont entièrement libres; le trou de Botal est oblitéré; le péricarde est sain ainsi que les gros vaisseaux.

Les voies digestives ne présentent aucune altération ; le crâne n'a pas été ouvert.

L'année dernière, à pareille époque, un malade de même âge nous a présenté des symtômes tout-à-fait semblables : même toux, même dypsnée, même altération de la voix. Chez lui, la maladie avait pris naissance dans l'hôpital ; elle fut énergiquement combattue, douze à quinze heures après le début, par les émissions sanguines locales, qui furent, comme dans le cas précédent, suivies d'une rémission passagère. Les purgatifs et les vésicatoires furent également employés sans succès. La mort eut lieu le troisième jour, et à l'ouverture nous constatâmes les mêmes altérations que chez le sujet de l'observation précédente.

Ces deux faits me paraissent très-propres à ébranler la confiance trop grande, à notre avis, qu'on accorde aux émissions sanguines pratiquées sur l'organe même qui donne des signes de souffrance. Dans ces deux cas, le soulagement n'a été que momentané. Les accidents n'ont pas tardé à s'accroître. On néglige beaucoup trop aujourd'hui les saignées révulsives. Ghisi, qui le premier a décrit une épidémie de croup observée à Crémone, en 1747, rapporte que la saignée générale précéda l'application des sangsues et des ventouses scarifiées sur la gorge, et qu'on n'obtint de succès que par cette méthode. Chez les très-jeunes enfants, on peut remplacer l'ouverture de la veine par une application de sangsues faite le plus loin possible de l'organe affecté. M. Chauffard, dans son *Traité de médecine pratique*, cite un grand nombre de faits qui déposent en faveur de cette dernière méthode et qui attestent le danger des émissions sanguines pratiquées, surtout à la période aiguë, dans le voisinage de l'organe affecté. Nous avons vu récemment une ophthalmie qui s'est notablement exaspérée, après deux applications de sangsues aux tempes, et qui n'a cédé qu'à une émission sanguine locale, pratiquée aux membres inférieurs (1).

(1) Ces réflexions ne sauraient contredire l'opportunité des saignées

§ III. A. On doit entendre par phthisie laryngée, suivant MM. Trousseau et Belloc (1), *toute altération chronique du larynx pouvant amener la consomption ou la mort, de quelque manière que ce soit.*

Les altérations du larynx sont distinguées en altérations de la membrane muqueuse et altérations des cartillages. Les altérations de la membrane muqueuse comprennent les érosions et les ulcérations. Les érosions n'intéressent que le chorion muqueux; les ulcérations reposent sur le tissu cellulaire sous-muqueux, et quelquefois même sur le cartilage carié ou nécrosé. La première de ces deux sortes d'altérations ne paraît pas être le premier degré de l'autre : on voit souvent les ulcérations sans érosions et réciproquement.

Les cartilages peuvent être affectés d'ossifications pathologiques, de carie, de nécrose. La constitution scrofuleuse et tuberculeuse prédispose à cette affection, qui est plus fréquente toute fois chez l'homme que chez la femme. Les enfants en sont rarement attaqués. Aussi ne donnons-nous sur cette maladie que le peu de détails que nous empruntons des auteurs indiqués.

L'enrouement est le premier symptôme que l'on observe; d'abord intermittent, il finit par être continu, puis il s'y joint douleur toux et expectoration; dans la dernière période de la maladie il y a aphonie et accès de suffocation. La respiration libre dans les premiers temps devient graduellement difficile; puis arrive enfin une époque où surviennent des accès de suffocation. Peu à peu les accès se rapprochent, et dans leur intervalle, la respiration est de plus en plus gênée; enfin l'inspiration devient sifflante, l'expiration longue et bruyante, le décubitus est impossible et le malade épuisé par les efforts, succombe par asphyxie.

Relativement au diagnostic de cette affection, il est à obser-

locales; mais témoignent de la possibité de leur insuffisance et tendent a rappeler l'utilité parfois du concours des évacuations sanguines générales, ou révulsives.

(1) *Traité de la phthisie laryngée, de la laryngite chronique et des maladies de la voix*, par MM. Trousseau et Belloc, Paris, 1837, p. 3.

ver que le toucher de la partie supérieure du larynx est beaucoup plus difficile et moins significatif que ne l'ont dit les écrivains qui ont parlé de ce mode d'exploration.

Quant à la crépitation, sur laquelle on a insisté, c'est un symptôme qui pour être constaté demande la plus grande attention de la part du médecin. La véritable crépitation existe très-rarement; les auteurs du mémoire assurent ne l'avoir jamais rencontrée. Mais chez tous les sujets on peut cependant obtenir une sorte de crépitation fausse, en faisant mouvoir le larynx dans sa totalité. Elle est alors produite par le frottement du larynx sur la colonne vertébrale.

Traitement. Autant que possible il faut que le malade garde un silence absolu. Les saignées générales ou locales peuvent être employées avec quelque succès dans certains cas. Les révulsifs sont plus énergiques; ainsi les vésicatoires permanents à la nuque, le séton aux côtés du larynx, les frictions stibiées, les cautères appliqués successivement autour des parties malades, procurent souvent de bons résultats.

La toux et la douleur, quand elles existent (ce qui n'a en effet pas toujours lieu), sont des symptômes très-fatigants pour les malades. On parvient à les calmer au moyen de stupéfiants employés de diverses manières. Les frictions d'extrait de belladone ou de datura-stramonium, autour du cou l'application de sels de morphine sur la peau dépouillée de son épiderme sont des calmants efficaces.

En observant avec quelle facilité l'on parvient quelquefois à guérir des affections ulcéreuses de la peau, au moyen des applications topiques, on a dû nécessairement chercher à appliquer une pareille méthode à la cure des ulcérations du larynx. MM. Belloc et Trousseau ont en effet porté jusque sur cet organe la solution de nitrate d'argent. D'autres agents médicamenteux pulvérulents y ont aussi été dirigés et pareillement d'une façon immédiate, tels sont le calomel, le précipité rouge ou l'acétate de plomb; les uns ou les autres unis au sucre candi en poudre, comme excipient propre à modérer une action trop vive de leur part.

B. L'on désigne sous le nom d'angine œdémateuse et plus souvent encore sous celui d'œdème de la glotte, l'infiltration séreuse ou séro-purulente du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx. C'est le résultat d'une phlegmasie aiguë, sub-aiguë ou chronique de cet organe. Cependant M. Trousseau l'a vu survenir sans phénomènes inflammatoires chez une jeune fille affectée d'anasarque suite de scarlatine. M. Cruveilhier a distingué cet œdème en sus et sous glottique, accompagné ou non de suffocation; mais la nature franchit le plus souvent les limites que nos distinctions lui imposent. Les ulcérations syphilitiques, scrophuleuses, cancéreuses, etc., peuvent donner lieu à l'œdème de la glotte, et bien que ces diverses lésions soient accompagnées d'un travail inflammatoire, et dépendent de causes spéciales, c'est encore l'œdème laryngé qui doit appeler toute la sollicitude du médecin. Selon MM. Trousseau et Belloc(1), la phthisie laryngée, quelque soit sa cause, doit être considérée comme l'occasion la plus fréquente de l'angine laryngée œdémateuse. Les mêmes médecins auxquels on doit des recherches fort précieuses sur ces maladies, prétendent que dans la seconde période de la phthisie laryngée, qui correspond au dévéloppement de l'œdème sous-muqueux, l'expiration est tout aussi active que l'inspiration.

Les symptômes de l'œdème de la glotte sont la rausticité, l'affaiblissement et l'extinction de la voix, la difficulté de l'inspiration, l'expiration restant libre, le ronflement laryngé au moment où l'air traverse le larynx, enfin l'affaiblissement du murmure respiratoire dans les poumons. M. Legroux indique, comme moyen précieux de diagnostic, le toucher du larynx.

Cette affection a une forme aiguë, sub-aiguë ou chronique; la seconde est celle qui se rencontre le plus fréquemment.

Le traitement consiste dans l'emploi plus ou moins précipité des anti-phlogistiques, de vésicatoire au-devant du cou, d'insufflations alumineuses, de la déchirure du bourrelet œdé-

(1) *Traité de la phthisie laryngée*, pag. 265.

mateux au moyen de l'ongle, dans les tentatives locales de scarifications, et en dernier lieu dans le recours à la trachéotomie.

L'œdème de la glotte est d'ailleurs fort rare chez les enfants et ce n'est guère qu'à la suite de la scarlatine qu'on l'a observé quelquefois.

C. Pour terminer tout ce qui a rapport aux dyspnées graves chez les enfants, faisons remarquer que pendant le cours des maladies éruptives, telles que la rougeole, la variole et la scarlatine, il survient quelquefois des symptômes assez semblables à ceux que l'on observe dans le croup et auxquels succède l'orthopnée et la mort. L'on trouve alors à l'autopsie un gonflement des ligaments arythéno-épiglottiques ; les cordes vocales elles-mêmes sont tuméfiées et œdémateuses. De plus dans la variole il y a des pustules dans le larynx. Assez souvent, en outre, on rencontre une pneumonie hypostatique ou plutôt un engouement pulmonaire, survenu, peut-être, par suite de la cessation de l'influence du pneumo-gastrique sur la respiration.

On a vu quelquefois (ce qui est assez rare d'ailleurs) se former chez les enfants, à la suite des maux de gorge, des abcès pharyngiens, lesquels donnent lieu à des symptômes de strangulation, de compression locale, et à des accidents nerveux. Tout cesse en général à la suite de l'ouverture de ces foyers purulents.

Trois observations de ce genre sont rapportées par M. Fleming, de Dublin, dans la *Gazette des hôpitaux* du 20 juin 1840.

§ IV. Le coryza est une affection très-commune à tous les âges; à l'état simple il offre même quelque gravité chez les enfants à la mamelle, il peut en présenter encore chez eux et chez ceux plus âgés, mais plutôt parce qu'il donne quelque fois lieu à la formation d'excrétions pseudo-membraneuses. Sur quarante enfants affectés d'un coryza plus ou moins intense, et traités à l'infirmerie de médecine des Enfants-trouvés, cinq, rapporte Billard, ont présenté des fausses membranes qui s'arrêtaient sur les limites du larynx, tapissaient les

sinus et les cornets, et adhéraient d'une manière plus ou moins intime à la membrane pituitaire, qui était d'un rouge vif, épaisse et très-friable. Billard expose de la manière suivante l'étiologie du coryza chez les jeunes enfants : l'action du froid, l'air humide, le refroidissement des extrémités baignées par l'urine des enfants qu'on néglige de changer souvent, l'exposition à la chaleur d'un feu trop vif, et surtout à la lumière et au calorique des rayons solaires, sont des causes très-ordinaires de coryza chez les enfants. Lors qu'au retour du printemps on s'empresse de les promener au soleil, on les voit presque aussi tôt éternuer et s'enrhumer. La promptitude avec laquelle l'insolation agit sur la membrane pituitaire est d'autant plus grande, qu'à la fin de l'hiver on est en général moins accoutumé à l'impression du soleil; c'est peut-être par cette raison que le peuple regarde le soleil du mois de mars comme très-malfaisant.

Le coryza s'annonce et se manifeste par des larmoiements, des éternuements, une voix nasillarde; par la rougeur, le gonflement et la sécheresse de la membrane olfactive, un suintement, puis un écoulement de liquide transparent et aqueux; puis enfin remplacé, et après quatre ou cinq jours environ, par un flux muqueux plus ou moins abondant et épais.

Lorsque cette phlegmasie catarrhale est intense il y a surtout au début de la douleur et de la pesanteur de tête, des bourdonnements d'oreilles et un mouvement fébrile : en un mot quand le coryza est très-aigu, il peut non-seulement donner lieu à de la réaction générale, mais même occasioner des congestions vers la tête, et amener des accidents cérébraux.

La durée de cette maladie est environ de huit ou quinze jours, suivant son intensité (1). Elle accompagne presque toujours, ou plus tôt précède le début de la rougeole : l'éternuement le larmoiement et la toux sont, en effet, ainsi que tous

(1) Sa marche est quelquefois très-rapide ; en trois ou cinq jours un jeune enfant peut périr du coryza, suivant Billard. Mais heureusement ses suites sont loin d'être constamment aussi funestes.

les observateurs le savent, les avant-coureurs et les compagnons ordinaires des symptômes rubéoliques.

Le passage fréquent des matières âcres, qui descendent des fosses nasales, irrite le contour des narines et la lèvre supérieure, occasione la rougeur et parfois l'excoriation de ces parties. Le coryza s'accompagne quelquefois aussi de l'ulcération superficielle, de l'érosion de quelque points de la membrane pituitaire; quelquefois enfin il donne lieu à la production de fausses membranes. Ces dernières sont rejetées au dehors par l'éternuement, ou par l'action de se moucher; elles présentent parfois la forme roulée des cornets. Le coryza pseudo-membreux est beaucoup plus rare que le coryza simple; il ne s'établit le plus souvent que par une sorte d'extension de l'angine maligne et du croup.

L'inflammation chronique, primitive on consécutive de la membrane pituitaire s'observe plus particulièrement chez les adultes et les vieillards : elle est rare chez les enfants (1). Dumoins nous ne confondons pas avec elle le coryza léger à marche sub-aiguë, si commun au contraire chez eux. Cette phlegmasie chronique donne lieu à des altérations de tissu et de sécrétion plus ou moins variables et tranchées, dont le ramollissement de la membrane muqueuse, l'ozène et la fétidité de l'écoulement font partie.

Les lieux bas et humides, et surtout les causes syphilitiques, disposent et conduisent particulièrement à cet ultime degré d'une maladie, dont les différentes nuances ont été parfaitement saisies dans la Monographie publiée par M. Trousseau dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (de la punaisie), et dans celle de M. le docteur Cazenave, de Bordeaux.

Le coryza présente encore quelques particularités par rap-

(1) Billard rapporte une observation circonstanciée de coryza chronique avec ramollissement inflammatoire de la membrane pituitaire, chez un enfant de dix-sept mois, mort épuisé à l'infirmerie de l'hôpital des Enfants-Trouvés.

port à l'âge des enfants chez lesquels on l'observe; il est presque inutile de faire remarquer que la plupart des symptômes, tels que le prurit, la sécheresse des narines, la perte de l'odorat, la céphalalgie, les bourdonnements d'oreille, ne peuvent être ni reconnus chez les très-jeunes enfants, ni accusés par eux. M. Rayer s'est livré à quelques recherches sur ce sujet (1) : à la suite de l'exposition de plusieurs observations, il se croit fondé à établir de la manière suivante la symptomatologie du coryza chez les enfants à la mamelle :

« Eternuements; tuméfaction du nez et des paupières; couleur luisante de la peau qui recouvre ces parties; bouche béante; lèvres et langue un peu sèches; respiration accompagnée d'un bruit ou sifflement nasal propre à l'enchifrenement; déglutition facile des liquides, s'ils sont donnés par cuillerées; impossibilité d'exercer, comme les jours précédents, une succion prolongée. L'enfant prend le sein; mais à peine a-t-il fait une ou deux succions, que la respiration paraît gênée : la face devient violette; il abandonne alors précipitamment la mamelle, pousse des cris aigus et plaintifs, ou bien il éprouve une forte quinte de toux, à la suite de la quelle il s'engoue. Ces accidents se calment peu de temps après s'être manifestés; ils se renouvellent toutes les fois qu'on veut faire téter l'enfant. Cette première période dure quatre à cinq jours, ou environ : elle est suivie d'une sécrétion plus abondante du mucus des fosses nasales, dont il n'est pas toujours facile, au moins chez les enfants nouveau-nés, de constater l'existence et la quantité. »

Quant au traitement : Chez les enfants très-jeunes affectés de coryza, il faut suspendre l'allaitement, qui est d'ailleurs très-pénible ou parfois impossible, et les faire boire avec une cuillère du lait pur ou coupé. Les tenir dans un appartement à température douce et égale, leur faire prendre quelques laxatifs légers, tels que la solution de manne, le jus de pruneaux, le calomel, ou quelque sirop purgatif, si l'état des voies digestives le permet. Au besoin même, et dans les cas

(1) *Note sur le coryza des enfants à la mamelle*, Paris, 1820.

graves, un vésicatoire serait placé à la nuque ou vers l'une des extrémités. Outre ces derniers moyens, des bains de pieds synapisés ou mieux avec l'acide hydro-chlorique (parce qu'ils dégagent moins de vapeurs irritantes), des vomitifs, des purgatifs, l'application de quelques sangsues sous les mâchoires, ou à l'anus, quand il y a des signes de congestion cérébrale, etc., conviennent chez les enfants plus âgés et dans les coryzas intenses. Dans ceux avec productions de fausses membranes il faut encore ajouter les frictions mercurielles sur les parties latérales du cou, essayer les fumigations cinabrées, les insufflations alumineuses (sucre candi et alun pulvérisés parties égales) celles de calomel, etc.

Le gonflement momentané qu'occasionne la vapeur humide, ne fait guère qu'accroître la difficulté de la respiration chez les jeunes enfants dont les voies aériennes sont si étroites; aussi les fumigations aqueuses, émollientes ou résolutives ne peuvent guère être employées dans le coriyza que chez ceux un peu plus avancés en âge.

Dans le coryza chronique avec les révulsifs et les dérivatifs vers la peau ou du côté du canal digestif, on a encore conseillé les fumigations et injections émollientes, acidulées, ou avec le chlorure d'oxyde de sodium; enfin l'application sur la membrane pituitaire et les surfaces ulcérées de la solution aqueuse de nitrate d'argent, etc., le tout suivant les cas et les indications.

CHAPITRE IV.

Affections des organes de la respiration.

I.

DE LA PNEUMONIE.

La pneumonie présente chez les enfants des particularités nombreuses tant sous le rapport de sa marche et de ses symptômes, qu'à l'égard de l'étendue, de la disposition et de la nature des altérations anatomiques qu'elle est susceptible de laisser après elle.

Ce que l'on trouve sur ce sujet dans quelques auteurs, tels que Sydenham, Stoll, Frank, Rosen, Underwood, etc., peut tout au plus laisser supposer que quelques-uns des caractères spéciaux de cette affection avaient été entrevus par certains d'entre eux : mais il faut véritablement remonter jusqu'à ces derniers temps, jusqu'aux publications de MM. Dugés, Léger, Guersant, Denis, Billard et Valleix (1), pour rencontrer quelques notions capables de fixer sérieusement l'attention sur cette variété de pneumonie.

Nous avions aussi, dès 1828 (2), cherché à remplir quelques-unes des lacunes que nous avions cru remarquer dans cette partie de la science, et nous avons successivement ajouté de nouveaux développements à notre travail en 1834 (3), en 1837 (4), et dans cette nouvelle édition ou se trouvent égale-

(1) Dugés, thèse, Paris, 1821. — Léger, thèse, Paris, 1823. — Guersant, article ENFANT du *Dict. de méd.*, en 21 vol., 1823.—Denis, *Maladies des nouveau-nés*, 1826. — Billard, *Maladies des nouveau-nés*, Paris, 1837, pag. 545. — F. Valleix, *Clinique des maladies des enfants*, Paris, 1838, pag. 48. — Grisolle, *Traité pratique de la pneumonie aux différents âges*, Paris, 1841, in-8.

(2) Thèse, Paris, 1828.

(3) *Recherches sur l'hydrochéphale aiguë et une variété de pneumonie*, Paris, 1834.

(4) *Traité des malies des enfants*, Paris, 1837.

ment appréciées les principales recherches qui ont devancé ou suivi les nôtres.

Nous allons faire précéder de l'exposition de quelques faits la description de la pneumonie des enfants.

SOIXANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Pneumonie. — Gastro-entérite. — Pas de râle. — Pneumonies partielles et abcès du poumon (huit ou neuf cavernes).

Houiller (Emile), âgé de trois ans, fut apporté, le 6 avril 1827, à l'hôpital des Enfants. On apprit que cet enfant s'enrhumait souvent; qu'il était mal portant depuis trois mois, mais que depuis quinze jours son état avait empiré; que, depuis cette époque, en effet, il vomissait quelquefois, avait de la diarrhée et se plaignait du ventre; enfin qu'il toussait.

Le 7, figure pâle, embonpoint médiocre, ventre gros, glandes cervicales non engorgées; pouls, cent seize pulsations par minute; peau chaude; langue blanche; ventre sensible à la pression; évacuations alvines glaireuses, non sanglantes, mais accompagnées d'épreintes; toux médiocrement fréquente, sèche; la percussion et l'auscultation de la poitrine sont sans résultat extraordinaire. Les jours suivants, les symptômes du côté du ventre diminuent en gravité, et ceux vers la poitine deviennent proportionnellement plus sérieux. Le 14, le ventre n'est plus ni tendu, ni ballonné, ni sensible; les déjections sont peu fréquentes, mais le petit malade tousse beaucoup, est oppressé et a toujours la fièvre; l'auscultation de la poitrine fait reconnaître une diminution et une différence comparative sensibles dans le bruit respiratoire du côté droit et postérieure (pas de râle), où précisément la percussion permet d'apprécier de semblables modifications survenues dans le son de cette cavité. L'état général empira rapidement dès lors, et la mort survint le 17 avril.

Autopsie le 18. *Tête :* Méninges humides; grande cavité de l'arachnoïde contenant plusieurs onces de sérosité limpide; réseau veineux de la pie-mère peu injecté. Ventricules cérébraux renfermant environ une once de sérosité transparente.

Nulle altération, du reste, dans la consistance ou la coloration de la substance cérébrale.

Thorax : La plèvre, le poumon gauche paraissent très-sains. La cavité droite du thorax contient environ quatre onces de sérosité transparente et jaunâtre; la plèvre costale est piquetée de rouge, surtout en arrière; la surface du poumon, vers son bord postérieur, est recouverte de pseudo-membranes minces, molles et d'une teinte un peu jaune; vers la partie postérieure et moyenne du lobe supérieur droit, le tissu pulmonaire, dans une étendue de deux pouces, en tous sens, est rouge, dense, lisse, difficile à déchirer, et se précipite au fond de l'eau. Au centre de cette portion ainsi altérée, existe une excavation communiquant avec les bronches ulcérées; cette caverne a au moins un demi-pouce de diamètre, et contient un peu de matière semi-fluide, non grumeleuse, mais pultacée et d'un gris verdâtre. Ses parois, d'un demi-pouce environ d'épaisseur, sont formées par un tissu pultacé, grisâtre, mou aussi, mais se raffermissant à mesure que l'on chemine vers le tissu pulmonaire ambiant, avec lequel il semble se continuer et se fondre. Vers la partie inférieure de ce lobe et au milieu du tissu pulmonaire, comme *rénifié*, se rencontre encore une caverne, de la capacité d'une aveline, et remplie d'une matière semblable à celle que renfermait la précédente. Tout le lobe moyen de ce poumon est dense, flasque, rougeâtre, difficile à déchirer et ne surnage point. On y voit sept à huit nouvelles petites excavations tout-à-fait comparables à celles qui ont été décrites; leurs parois sont formées aussi par le tissu pulmonaire lui-même ulcéré; ce qui, du reste, est très-évident pour quelques-unes dont la surface interne est rougeâtre et percée çà et là par quelques ouvertures bronchiques. Quelques-unes de ces cavernes sont vides, d'autres entièrement pleines de matière pultacée blanche. Les plus grandes égalent à peine le volume d'une petite noisette. Le lobe inférieur droit présente, vers son sommet et à sa base, plusieurs traces de pneumonie partielle. La surface interne de la trachée et des bronches gauches est pâle; celle des divisions

bronchiques droites offre une teinte rosée et se trouve enduite d'un liquide mucoso-sanieux. Une des ramifications secondaires de ce même côté présente une ulcération dont le fond rougeâtre est formé par le tissu sous-muqueux phlogosé.

Abdomen : La membrane muqueuse du bas-fond de l'estomac est ramollie ; entre le pylore et le cardia existent deux ulcérations de deux lignes d'étendue. La membrane muqueuse de la première portion du duodénum est rouge. La membrane muqueuse de tout l'intestin grêle ne présente aucun changement appréciable dans sa consistance ou sa coloration ; mais trois plaques de Peyer, vers le tiers inférieur de l'iléon, sont ulcérées ; la surface de ces ulcérations est inégale et rouge. Une ulcération semblable existe dans le cœcum et à la surface de quelques rides du gros intestin, où çà et là se rencontrent quelques taches rouges.

Nulle autre lésion apparente dans les autres organes.

SOIXANTE-DIXIÈME OBSERVATION.

Pneumonie droite. — Râle crépitant. — Petite caverne revêtue d'une fausse membrane.

Genet (Adolphe), âgé de quatre ans, fut admis, le 6 mars 1827, à l'hôpital des Enfants. Il avait de la fièvre, toussait et avait de la diarrhée. On apprit encore que, depuis cinq semaines, il se plaignait d'une douleur en avant du sternum.

Tels furent ensuite, pendant son séjour à l'hôpital, les phénomènes *expressifs* de la maladie : Figure pâle, mais non altérée ; pouls, cent vingt pulsations par minute ; peau chaude ; toux fréquente, quinteuse, petite, sèche : le thorax percuté résonnait bien ; l'auscultation permit de reconnaître du râle sous-crépitant en arrière à droite. Soif ; langue blanche ; le ventre était médiocrement douloureux à la pression ; diarrhée. Cet état persista, et nulle modification importante ne s'était manifestée dans les symptômes indiqués, quand le malade mourut subitement le 7 avril.

Nécropsie le 9. Etat extérieur : Rigidité cadavérique, em-

bonpoint ordinaire. *Tête :* Méninges et substance cérébrale humides, sans coloration ou consistance particulières. *Thorax :* La membrane muqueuse qui tapisse les premières ramifications bronchiques est d'un rouge pâle, mais seulement dans les portions comprises entre les cerceaux cartilagineux. Quelques adhérences, qui paraissent anciennes, existent entre les deux feuillets de la plèvre du côté droit. Les lobes supérieurs et moyen du poumon droit sont gorgés de sang, peu crépitants, mais surnagent. La partie supérieure et postérieure du lobe inférieur droit est hépatisée au premier degré. Au milieu du tissu pulmonaire ainsi altéré, existe une excavation de la grandeur de la coque d'une amende, communiquant avec quelques ouvertures bronchiques, ne contenant aucun liquide, et dont les parois sont revêtues d'une matière floconneuse, molle, blanchâtre ou grise. Cette couche exsudée n'offre point de traces sensibles d'organisation.

Quelques adhérences anciennes unissent aussi çà et là les plèvres gauches; le poumon de ce côté est seulement un peu engoué à sa base, et cet engouement paraît n'être qu'un résultat cadavérique.

Le péricarde contient environ trois onces de sérosité citrine et transparente. Le volume du cœur n'offre rien de remarquable, et la surface interne des gros vaisseaux est pâle.

SOIXANTE-ONZIÈME OBSERVATION.

Pneumonie. — Râle crépitant. — Orthopnée. — Multitude de points pneumonisés.

Monuci (Louis), âgé de deux ans, fut admis, le 15 juin 1827, à l'hôpital des Enfans. Pour tout renseignement, on sut qu'il était malade depuis quatre jours. Examiné le 16, tels furent les symptômes qui furent reconnus : Figure pâle exprimant la douleur; agitation; criailleries; toux fréquente et par quintes; pouls, cent-vingt-quatre pulsations par minute; peau chaude; respiration fréquente. *Auscultation :* Râle crépitant à grosses bulles, existant des deux côtés et en arrière de la poitrine,

abondant surtout à droite; expansion pulmonaire moins franche à droite qu'à gauche. *Percussion :* Légère différence à droite; ce côté paraît moins sonore postérieurement. Les jours suivants et jusqu'au 24, aucune modification remarquable ne se manifeste dans les symptômes mentionnés. Le 24, aux phénomènes précédents se joignent une oppression considérable, véritable orthopnée, une fréquence presque incalculable du pouls et des mouvements respiratoires; un peu de diarrhée. La mort survint le 25.

Autopsie le 26. *Poitrine* : La membrane muqueuse de la trachée et des bronches est pâle, recouverte d'un mucus filant et écumeux. Les ganglions bronchiques sont injectés et un peu tuméfiés. Toute la surface postérieure du poumon droit est, pour ainsi dire, criblée de points pneumonisés. Les petits groupes de tissu pulmonaire ainsi altéré sont durs, denses, difficiles à déchirer, se précipitent au fond d'un vase plein d'eau et n'offrent point d'aspect grenu, même après l'incision du tissu qui les compose. Ces pneumonies partielles (dont l'étendue de chacune peut être évaluée à un ou deux pouces) se rencontrent sur toute la surface postérieure des trois lobes pulmonaires droits, et pénètrent seulement à environ un pouce de profondeur dans le tisu du poumon. Toute la partie antérieure de ce même poumon est crépitante et parfaitement saine. Les portions intermédiaires à celles altérées et précédemment décrites se trouvent pareillement dans l'état physiologique. Le lobe supérieur du poumon gauche est sain; mais toute la partie superficielle et postérieure du lobe inférieur de ce côté est parsemée aussi de phlegmasies partielles.

A l'exception de quelques rougeurs existant vers la fin de l'iléon, aucune lésion ne se remarque dans les autres organes.

SOIXANTE-DOUZIÈME OBSERVATION.

Pneumonie double. — Pas de râle. — Éruption de variole. — Excavations pulmonaires.

Mayer (Louis), âgé de six ans, fut admis, le 13 janvier, à

l'hôpital des Enfants; il toussait depuis deux mois et demi, mais n'était alité que depuis deux jours. Lors de son entrée à l'hôpital, il avait de l'oppression, toussait assez fréquemment; sa peau était chaude; son pouls battait cent-vingt fois par minute; il se plaignait d'une douleur sous la clavicule droite; sa poitrine auscultée ne faisait entendre aucun râle, mais le bruit respiratoire paraissait plus faible à droite; la percussion, de ce côté, en arrière, paraissait aussi moins sonore. Du reste, point d'expectoration, point de diarrhée, de vomissements. Dans la nuit du 13, délire. Le 14, ventre tendu, ballonné, mais non douloureux; langue rouge; soif ardente; pouls, cent quarante pulsations par minute; mêmes symptômes du côté de la poitrine. Le malade est agité, parfois délirant. Même état le 15 et le 16. Le 17, apparaît une éruption de variole confluente. Mort le 18.

Autopsie. Tête : Un peu d'infiltration séreuse dans le tissu de la pie-mère. Deux cuillerées environ de sérosité transparente dans les ventricules du cerveau. Substance cérébrale généralement injectée, un peu molle et abreuvée de sérosité. Ganglions bronchiques rouges, tuméfiés, parsemés de quelques points tuberculeux. Muqueuse bronchique pâle. Plèvres sans injection ni opacité. Un verre de sérosité sanguine se trouve épanché dans la cavité thoracique droite. Le sommet du poumon droit est rouge, à peine crépitant; le tissu en est ferme et gorgé de sang : cette altération existe dans l'étendue de deux pouces; presque tout le lobe inférieur de ce poumon est pareillement engoué.

Le lobe supérieur du poumon gauche est crépitant, exsangue. Il existe postérieurement une adhérence peu étendue entre les deux feuillets de la plèvre gauche, et à hauteur environ de la partie supérieure du lobe inférieur; ce lobe est engoué vers son bord postérieur. Vers le sommet du même lobe inférieur existe une caverne capable de contenir une noix; la surface interne en est lisse et rougeâtre; elle paraît formée par le tissu pulmonaire ulcéré. Quatre autres petites excavations existent pareillement dans ce lobe, et se trouvent situées vers son bord posté-

rieur; elles contiennent de la matière pulpeuse; leurs parois sont molles et paraissent formées par le tissu pulmonaire infiltré de pus et ramolli.

Abdomen : Vers la fin de l'iléon, se trouvent deux plaques de Peyer rouges et boursoufflées, et quatre ou cinq ulcérées; tout le reste du tube intestinal, tant sous le rapport de la consistance que sous celui de la coloration de la membrane muqueuse, ne présente rien de particulier. Les autres organes paraissent aussi exempts de lésions.

SOIXANT-TREIZIÈME OBSERVATION.

Pneumonie. — Points pneumonisés. — Caverne dans un poumon.

Rey (Marie), âgée de trois ans, idiote (ne voyant pas, ne marchant pas, n'ayant jamais parlé, mais paraissant entendre), toussait depuis trois mois et avait de la diarrhée depuis huit jours. A son entrée à l'hôpital, toux, diarrhée, fièvre, rien à la percussion ou à l'auscultation; du reste très-affaiblie. Elle succombe enfin après deux mois de séjour à l'hôpital.

Nécroscopie. Habitude extérieure : Maigreur extrême.

Thorax : Membrane muqueuse des bronches pâle; peu de mucosités dans les canaux aériens. Les lobes supérieur et moyen du poumon droit sont exsangues et parfaitement crépitants. Le lobe inférieur du même poumon est hépatisé en rouge dans ses deux tiers postérieurs et supérieurs. Au milieu du tissu ainsi altéré, existe une caverne capable de contenir la moitié d'un œuf de poule : ses parois sont tapissées par une pseudo-membrane molle et d'un gris blanchâtre; sa cavité contenait un liquide spumeux et de couleur grise. Quelques traces de pneumonie partielle, dont quelques-unes, arrivées au second degré, se trouvaient disséminées dans le poumon gauche.

Abdomen : Vers la fin de l'iléon, existaient quelques rougeurs par plaques et par injection; le cœcum était finement injecté à sa surface interne; la membrane muqueuse du colon était parsemée de petites plaques brunes.

Tête : Le front est large; les diamètres du crâne le sont aussi

généralement; les circonvolutions cérébrales petites, mais bien dessinées. La substance du cerveau est généralement pâle et d'une consistance assez ferme; les ventricules du cerveau sont dilatés et contiennent environ quatre onces de sérosité. Toutes les parties centrales du cerveau non-seulement existent, mais sont intactes et très-fermes. Les fosses occipitales semblent petites; l'épaisseur des os dn crâne est ordinaire. On avait peut-être examiné légèrement cette malade; mais on ne s'était aperçu de l'existence d'aucun symptôme du côté de la poitrine autre que la toux.

SOIXANTE-QUATORZIÈME OBSERVATION.

Déformation du thorax. — Pneumonie légère. — Beaucoup d'oppression.

Muloches (Jean-Batiste), âgé de trois ans, fut reçu le 18 juin 1827 à l'hôpital des Enfants. Scrofuleux et rachitique, il avait le thorax rétréci latéralement. Il toussait depuis plusieurs mois et il était très-oppressé. Tels furent les symptômes qu'il présenta durant les vingt jours qui précédèrent sa mort : pouls, cent douze, cent seize, cent vingt-quatre, quatre-vingt-seize, cent huit, cent vingt pulsations par minute; peau chaude, sèche; toux fréquente; figure pâle; pas de diarrhée; respiration toujours très-fréquente, souvent anxieuse; oppression; râle muqueux en arrière des deux côtés; râle sous-crépitant et crépitant à droite; râle muqueux et sifflement bronchial à gauche; poitrine toujours sonore; maigreur extrême. Mort le 8 juillet.

Autopsie. Tête : Les ventricules cérébraux contiennent une demi-once environ de sérosité transparente; la coloration et la consistance de la substance cérébrale n'offrent rien que d'ordinaire.

Thorax : La membrane muqueuse des voies aériennes est pâle. Le poumon droit, vers son sommet, en arrière et dans l'étendue de trois pouces, est d'un rouge vif, dur, dense, coriace, et ne surnage point. Le lobe inférieur présente en ar-

rière une sorte de liseré formé par une portion de tissu pulmonaire semblablement altéré. Tout le reste de ce poumon est sain. Le tiers inférieur du lobe inférieur du poumon gauche est aussi altéré d'une manière toute pareille. Tout le reste de ce lobe d'ailleurs, ainsi que le lobe supérieur, est sain, crépitant. Le péricarde contient un peu de sérosité.

Toute la muqueuse digestive est exempte de coloration particulière, et sa consistance est naturelle.

SOIXANTE-QUINZIÈME OBSERVATION.

Pneumonie gauche. — Variole. — Rénification au deuxième degré. — Poitrine sonore. — Pas de râle. — Pas d'expectoration.

Garo (Désiré), âgé de trois ans, fut apporté le 9 octobre 1827 à l'hôpital des Enfants. Il était mal portant et toussait depuis le mois de septembre dernier. Il avait eu la variole le 1er octobre. Il se trouvait dans l'état suivant lors de son entrée à l'hôpital : pouls, cent vingt pulsations par minute ; peau chaude, couverte de pustules nombreuses, dont quelques unes commencent à se dessécher ; essouflement, toux fréquente, non accompagnée de râle, non suivie d'expectoration ; poitrine partout sonore, expansion pulmonaire assez franche ; pas de diarrhée. Les jours suivants, la toux devient rauque, l'inspiration sifflante. Nul symptôme nouveau ne se manifeste du côté de la poitrine. La dessiccation des pustules devient plus générale ; mais le malade s'affaiblit et meurt le 12 octobre au soir.

Autopsie. La membrane muqueuse des bronches n'offre point de coloration anormale ; celle du larynx est d'un rouge violacé, plissée et recouverte de quelques pustules.

Les poumons, et particulièrement le gauche, sont gorgés de sang. Le lobe inférieur gauche est engoué, et çà et là, au milieu de ce lobe, se trouvent des groupes de lobules pulmonaires transformés en un tissu de couleur rouge pâle, entremêlé d'intersections blanchâtres, assez friable (on peut l'écraser en le pressant assez fortement entre les doigts), empreint

d'une sorte d'humidité purulente, d'un aspect non grenu, et ne surnageant point.

Abdomen : L'estomac et l'intestin grêle ne présentent rien de particulier, à l'exception de quelques follicules isolés, qui, sans être rouges, se trouvent développés, et dont l'orifice est indiqué par un point noir. Cette disposition et cet état des follicules de Peyer se continuent sur la fin de l'iléon, et à la surface de tout le gros intestin. Quelques plaques roses se rencontrent vers la fin de l'iléon et la muqueuse rectale offre quelques injections (arborisations).

SOIXANTE-SEIZIÈME OBSERVATION.

Pneumonie double. — Râle crépitant. — Percussion sans résultat. — Poumon gauche parsemé de pneumonies partielles. — Tout le poumon droit hépatisé, contenant deux ou trois tubercules miliaires et une caverne *tuberculeuse*.

Mertelle (Désiré), âgé de trois ans, reçu le 27 janvier 1827 à l'hôpital des Enfants, toussait depuis trois semaines ; mais depuis huit jours, il était plus gravement malade, toussait davantage, avait de la fièvre, se plaignait du ventre et avait de la diarrhée. Le jour de son entrée à l'hôpital, son pouls battait cent fois par minute ; sa respiration n'était ni gênée, ni très-fréquente ; du râle crépitant s'entendait à droite sous la clavicule, en arrière et en bas du même côté ; mais la poitrine résonnait d'ailleurs bien partout. Il toussait assez fréquemment ; son ventre était douloureux à la pression ; sa langue blanche. Les jours suivants, nulle modification remarquable n'eut lieu dans les symptômes ; le malade avait deux ou trois selles liquides par jour ; mais l'état du ventre parut s'exaspérer vers les premiers jours de mars ; la sensibilité à la pression était la même, mais les évacuations alvines augmentèrent de fréquence. Le malade, déjà faible, dépérit rapidement ; sa peau devint chaude et sèche, terreuse ; sa langue sèche, sale ; la face hippocratique. La mort survint le 19 mars.

Nécroscopie le 20. La membrane muqueuse bronchique était pâle; les glandes bronchiques, en partie rouges et hypertrophiées, en partie tuberculeuses. Le lobe supérieur du poumon gauche était parfaitement sain, l'inférieur parsemé de traces de pneumonie partielle. Les trois lobes pulmonaires droits, confondus entre eux, étaient réunis par des adhérences, et de larges exsudations plastiques recouvraient postérieurement la surface du poumon droit. Tout le poumon droit était hépatisé et d'un rouge décoloré, approchant du gris; son tissu était dense, compacte, difficile à pénétrer, à déchirer; les tranches que l'on en séparait ne s'offraient point sous un aspect granulé. Vers le tiers supérieur du lobe supérieur de ce côté, existait une excavation à parois violacées, tapissée par une matière albumineuse assez ferme; cette caverne était sans communication apparente avec les bronches, et elle aurait pu loger une grosse noix. De la matière tuberculeuse (par fragments) était contenue dans cette caverne, et deux ou trois tubercules miliaires non ramollis se trouvaient, en outre, vers cette partie du poumon droit.

Abdomen : Estomac contracté, plusieurs taches brunâtres çà et là se trouvent sur les rides de la muqueuse. L'intestin grêle n'offrait aucune lésion; beaucoup de follicules isolés étaient développés, mais sans rougeur. La surface interne de l'*S* du colon et celle du rectum étaient recouvertes d'une exsudation albumineuse d'un blanc grisâtre, qui s'enlevait facilement par le grattage; la muqueuse sous-jacente avait une teinte violacée et avait sensiblement perdu de sa consistance.

Rien, du reste, de remarquable ailleurs.

SOIXANTE-DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Déformation du thorax. — Pneumonie double. — Respiration très-gênée. — Émétique à haute dose.

Noël (Claude), âgé de trois ans, convalescent de rougeole, fut reçu, le 30 juillet 1827, à l'hôpital des Enfants; il toussait beaucoup, était très-oppressé et avait de la fièvre. Cet enfant

était faible et rachitique; il présentait, à gauche, une courbure très-prononcée du rachis : sa poitrine était déprimée, rétrécie; ses membres arqués.

Symptômes et modifications qu'il ont offert durant le cours de la maladie. Pouls, cent huit pulsations; peau chaude; figure pâle; langue rose; ventre indolent; pas de diarrhée, toux fréquente; respiration gênée et très-précipitée. L'auscultation de la poitrine permit de reconnaître, des deux côtés, du râle muqueux. La percussion des parois de cette cavité était partout sonore. Le 4 août, la respiration était on ne peut plus gênée; l'on comptait soixante-quatre inspirations par minute; la toux étais grasse, humide, mais non suivie d'expectoration; l'on entendait toujours du râle muqueux en arrière; le thorax, percuté dans ce sens, ne résonnait plus inférieurement; le son était mat des deux côtés, et de plus on y percevait le souffle bronchial. Le 8, l'enfant s'affaiblit, suffoqué par instants; la figure s'altère; l'amaigrissement est remarquable, le pouls est filiforme, la peau est sèche, rugueuse; pas de diarrhée. Mort le 10.

Nécroscopie le 11. *Tête :* Vaisseaux de la superficie gorgés de sang; membranes humides; substance blanche un peu sablée; demi-once environ de sérosité transparente dans les ventricules cérébraux.

Thorax : La cavité gauche du thorax contient environ une once de sérosité jaunâtre, trouble, mais sans flocons. La surface inférieure du poumon est parsemée de quelques liserés rares, pseudo-membraneux. La plèvre costale est sensiblement injectée. Tout le lobe inférieur du poumon, de ce côté, est hépatisé en rouge pâle; la pression du tissu pulmonaire, ainsi altéré, fait suinter de toutes les extrémités, des ramifications bronchiques divisées, un mucus puriforme assez abondant; la partie postérieure du lobe supérieur, de ce côté, est un peu engouée (engouement cadavérique). Il n'y a pas de sérosité épanchée à droite, mais le lobe inférieur de ce poumon, égalemement hépathisé et au même degré, est aussi partiellement revêtu de fausses membranes. Le lobe pulmonaire su-

périeur vers son sommet et dans l'étendue d'un demi-pouce est pareillement hépatisé.

La membrane muqueuse de la trachée et des bronches principales est pâle; celle qui tapisse les dernières ramifications bronchiques offre une teinte violacée. Les ganglions bronchiques, surtout à droite, sont rouges et volumineux.

Abdomen : Le bas-fond de l'estomac est pointillé de rose. Les follicules de Peyer sont saillants, assez développés; mais ils sont pâles, et la membrane muqueuse de l'intestin grêle n'offre nulle coloration insolite. L'orifice des follicules isolés du gros intestin est marqué par une coloration noirâtre; mais, du reste, nulle trace de rougeurs. Le foie, la rate et tous les autres viscère, en général, ne présentent pas de lésion apparente.

On a d'abord employé le traitement antiphlogistique, puis vers les derniers jours de la maladie, l'on a administré l'émétique à dose *rasorienne*. La tolérance s'est promptement établie.

SOIXANTE-DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Pneumonie double; variole. — Forme d'altération en liseré. — Pas de râle. — Pas de modification dans le son rendu par la poitrine, etc.

Levaux (Louis), âgé de six ans et demt, fut admis à l'hôpital des Enfants le 4 août 1827. Cet enfant avait eu la variole il y avait deux mois, et depuis cette époque il ne jouissait pas d'une bonne santé; il toussait un peu, avait parfois de la diarrhée et maigrissait beaucoup. A son entrée, peau chaude; pouls fréquent, cent quatre pulsations par minute; toux humide, profonde, fréquente, non suivie d'expectoration; la poitrine résonne bien, et également des deux côtés; l'auscultation permet d'entendre partout le bruit respiratoire, sans mélange d'aucun râle. Il existe un peu de diarrhée, mais le ventre n'est pas douloureux à la pression. Ce groupe de symptômes persiste jusqu'au 13 du même mois à quelques nuances près, mais sans modifications importantes dans les phénomènes morbides; seulement l'affaiblissement du malade a toujours été croissant jusque-là; et ce jour, c'est-à-dire le 13, la mort survint.

Autopsie cadavérique le 15. *Poitrine :* Le bord antérieur des deux lobes supérieurs du poumon droit, dans toute sa longueur et jusqu'à un demi-pouce de profondeur, est *comme renifié* (genre d'altération déjà décrite). Cette altération se présente sous la forme d'un *liseré*. La partie postérieure du lobe inférieur de ce même côté présente un peu d'engouement cadavérique. La pointe seulement de la base du lobe supérieur du poumon gauche, dans l'étendue d'un pouce environ, présente aussi le genre d'altération que nous avons indiqué précédemment. Dans le lobe inférieur du même poumon, trois points (et chacun d'eux a environ le volume d'une aveline) sont encore semblablement modifiés par l'inflammation. La membrane muqueuse des voies aériennes est pâle, enduite de mucosités. Les ganglions bronchiques sont brunâtres et peu développés.

Le cerveau, les organes digestifs n'offrent point de lésions apparentes : nous noterons seulement une injection légère sur les rides du gros intestin.

C'est pendant l'intervalle compris entre les deux dentitions que l'affection dont il s'agit se présente surtout, dans un état plus ou moins grand d'originalité, et ce n'est guère non plus qu'au-delà de cette période du jeune âge, ou même vers les approches de la puberté, que la phlegmasie du poumon est le plus communement régulière, *ordinaire*, qu'elle s'entoure ou commence habituellement à s'entourer de ces phénomènes si variés et en même temps si expressifs, qui permettent de donner à son diagnostic de chaque jour cette sorte de perfection que lui ont acquise les belles découvertes de Laënnec ; c'est vers cette époque aussi que la pathologie des enfants tend à cesser d'être, en quelque sorte, une spécialité.

Mais de même qu'il est possible de rencontrer quelquefois, chez les adultes, la pneumonie telle qu'elle a lieu ordinairement chez les enfants, il est également possible d'observer chez ceux-ci tous les caractères ou du moins le plus grand nombre, de ceux appartenant à la péripneumonie régulière et franche.

La pneumonie est très-fréquente chez les enfants(1), elle y

(1) M. le docteur Lombard, de Genève, a en effet calculé (*Bull. de*

est souvent double, et la pneumonie droite est chez eux, ainsi que chez les adultes, incontestablement plus fréquente que celle du côté gauche(1). La pleurésie simple est assez rare ; mais la pleuro-pneumonie est, au contraire, assez commune(2). Voici, du reste, quelques relevés statistiques qui traduiront en chiffres ce que nous venons d'exprimer, ce que nous pourrions ajouter sous le rapport de la durée de cette affection et sur l'époque de l'enfance, où elle semble s'observer le plus souvent. Sur quatorze observations, l'âge moyen était de cinq ans, et nous avons trouvé trois pneumonies droites, deux pleuro-pneumonies du même coté, une pneumonie gauche, quatre pneumonies, et quatre pleuro-pneumonies doubles ; pour durée moyenne quarante-huit jours. Enfin, sur cinquante-six observations, l'âge moyen était de cinq ans deux cinquièmes, les pneumonies doubles au nombre de vingt-quatre, celles du côté droit au nombre de dix-neuf et les gauches au nombre de treize.

La toux, quoiqu'en général constante dans les affections des organes de la respiration, peut cependant manquer, bien que le poumon soit enflammé. Rarement, d'ailleurs, chez les enfants, est-elle suivie d'expectoration, et presque jamais les crachats (quand il s'en trouve) sont-ils sanglants ou *rouillés* (3).

la société de méd. d'émul.; Archives de médecine, t. XXV, p. 60) que depuis la naissance jusqu'à la puberté, la pneumonie formait le quart ou le cinquième des maladies qu'on observe dans cette période de la vie.

(1) Selon M. Baron, la pneumonie est très-fréquente chez les enfants; on l'observe même dès le commencement de la naissance ; mais, d'ailleurs, elle sévit chez eux à tout âge.

L'opinion de M. Baron est aussi que la pneumonie droite *est beaucoup plus* fréquente chez les enfants que celle du côté gauche, et que, chez eux, d'ailleurs, la pneumonie est assez souvent double.

(2) Voir, à la fin de ce chapitre, l'article *Pleurésie*, et les observations.

(3) M. Baron pense aussi que les crachats rouillés ou sanglants ne s'observent pas chez les enfants atteints de pneumonie, si ce n'est chez ceux qui s'approchent de l'âge de la puberté. Du reste, généralement, les jeunes enfants ne crachent pas.

Le point de côté, la coloration spéciale des joues, l'état particulier du pouls, etc., sont, du reste, des épiphénomènes dont on a encore assez souvent à regretter l'absence (1). Mais il est d'autres signes diagnostiques dont la fréquente privation se fait bien plus vivement sentir : ce sont ceux que devraient fournir l'auscultation et la percussion de la poitrine. La grande sonoréité naturelle du thorax rend trop souvent, en effet, peu ou point appréciables chez les enfants, les resultats de la percussion immédiate; genre d'exploration que contribue d'ailleurs à rendre moins profitable la circonspection que doivent imposer la ténuité et la délicatesse des parois que l'on percute. D'un autre côté, l'indocilité et les criailleries si ordinaires chez les enfants, l'intensité si grande, chez eux, du bruit respiratoire, la multiplicité et la diversité des râles qui se succèdent quelquefois instantanément, empêchent souvent aussi de tirer parti du mode d'exploration que l'on doit à Laënnec. En somme donc, les caractères physiologiques de la pneumonie sont, en général, chez les enfants, peu tranchés et en petit nombre ; de telle sorte qu'il doit être et qu'il est, en effet, bien facile de méconnaître cette affection. C'est ce qu'avait sans doute remarqué Franck, quand il disait que ce genre de pneumonie se cachait souvent sous des dehors si trompeurs, qu'on était fort étonné, à l'autopsie, de trouver les poumons enflammés.

Dans beaucoup de cas, cette maladie n'apparaît que sous la forme d'une simple bronchite aiguë dont elle emprunte la durée (obs. 75, 78, 79); dans d'autres circonstances, par le degré d'émaciation auquel elle réduit les malades, par la lenteur avec laquelle elle les traîne vers la tombe, on la croirait une phthisie; c'est surtout quand la phlegmasie pulmo-

(1) Voir les observations.

Il y a, cependant, cette particularité, précieuse pour le diagnostic, à saisir, que, dans les affections cérébrales, la respiration le plus ordinairement lente et tranquille, tandis que le contraire, le plus ordinairement aussi, a lieu dans les phlegmasies pulmonaires, et que l'oppression est généralement fort grande dans les pneumonies consécutives, et l'altération des traits profonde et rapide.

naire s'établit chez des individus faibles, épuisés, quand elle existe concurremment avec d'autres affections, qu'elle marche d'une manière latente, et ces dernières circonstances ne sont pas les moins fréquentes, car assez rarement trouve-t-on, chez les jeunes sujets, des traces d'inflammation du côté du poumon, sans rencontrer simultanément ailleurs d'autres lésions (observat. 3, 25, 69, 72, 73, etc.). Primitivement ou consécutivement établies, de nombreuses affections accompagnent souvent, en effet, chez les enfants, l'inflammation du tissu pulmonaire. La pneumonie compliquée de symptômes cérébraux est assez commune chez eux et, de plus, fort grave.

Le diagnostic est alors plus ou moins obscur, selon que les prodromes *ataxo-adynamiques* ont précédé ou suivi l'invasion de la maladie du poumon. Quand les symptômes appartenant à cette dernière affection se sont d'abord déclarés, l'erreur est moins facile (observat. 7), tandis qu'il en est autrement quand la pneumonie est consécutive (observat. 2, 3, 4). Pendant le trouble où l'atteinte portée vers les centres nerveux a jeté l'économie, la phlegmasie du tissu pulmonaire se développe et gagne inaperçue. La préoccupation où retient ce qui se passe de sérieux vers la tête, distrait *du peu de chose* qui semble apparaître du côté de la poitrine, et l'on a quelquefois le chagrin de voir succomber, aux suites d'une affection que l'on croyait éphémère, de jeunes infortunés que l'on se félicitait déjà d'avoir arrachés aux périls d'une maladie cérébrale (1). En pareil cas, l'inflammation du poumon ne s'annonce quelquefois *que par un peu de toux*, et ce seul indice peut encore même venir à manquer (obs. 3) : l'épuisement dans lequel sont jetés les malades, par le fait de la gravité et de la longueur de l'affection à laquelle ils semblaient devoir échapper et par suite des moyens énergiques que l'on a été dans la nécessité d'opposer à celle-ci,

(1) J'ai éprouvé deux fois, en 1829, de semblables regrets. J'avais soigné d'abord, avec succès, deux enfants, l'un d'environ deux ans et l'autre de cinq, tous deux affectés de méningo-encéphalite, et j'ai eu la douleur de les perdre par suite de péripneumonies survenues pendant la convalescence qui avait suivi leur première maladie.

éteint, pour ainsi dire, toute manifestation extérieure de la part de la maladie nouvelle qui survient, et rend cette dernière doublement grave, en ne permettant plus de recourir à une médecine active.

A voir combien de maladies l'une sur l'autre assaillent si souvent de ces pauvres petits êtres faibles et chétifs, l'on est contraint d'admettre que la faiblesse prédispose aux affections diverses, même phlogistiques, en laissant l'économie, sans possibilité de réaction, exposée à l'influence des causes morbifiques.

Les phlegmasies pulmonaires et gastro-intestinales se montrent assez souvent en même temps, mais c'est plus spécialement pendant le cours des péripneumonies que se déclarent les affections gastro-intestinales et plus particulièrement l'entéro-colite, que l'on voit surtout apparaître vers la dernière période des affections pulmonaires : la diarrhée qui survient alors, jointe à la bouffissure de la face, à l'œdème des extémités inférieures, est, en général, le sinistre avant-coureur d'une terminaison tout à la fois funeste et prochaine. Quelquefois l'anasarque existe sans diarrhée et n'est pas, pour cela, d'un meilleur augure (1). La pneumonie vient plus souvent compliquer la bronchite qu'elle ne se trouve modifiée dans son cours par l'apparition de cette dernière. C'est, en effet, chez la plupart des enfants, de la membrane muqueuse des bronches que part l'inflammation pour gagner et envahir le tissu vésiculaire des poumons. Quant aux tubercules pulmonaires, que la péripneumonie ait précédé ou suivi leur développement, elle le favorise, le hâte, accélère la période de *ramollissement*, tend enfin à préparer ou précipiter un dénouement fatal. L'union de la pneumonie et des tubercules pulmonaires est très-commune pendant l'enfance. Ces altérations morbides peuvent être alternativement primitives ou consécutives. Quelquefois à leur dé-

(1) L'œdème et l'anasarque sont assez souvent primitives dans la pleurésie et sont au contraire presque toujours consécutives dans la pneumonie, elles sont assez fréquentes surtout chez les sujets affectés, ou d'une mauvaise constitution.

but indépendantes l'une de l'autre, seulement intercurrentes dans d'autres circonstances au contraire, elles sont liées ensemble, s'enchaînent évidemment, et dans tous les cas une fois réunies, elles réagissent l'une sur l'autre. De sorte que nous doutons qu'on ait pu voir, ainsi qu'on l'a prétendu, les points pneumonisés se guérir avec la plus grande facilité, malgré l'extension des tubercules pulmonaires, non plus que ceux-ci rester indifférents au voisinage de la phlogose des tissus ambiants. La *pneumo-pleurésie,* ou l'inflammation qui débute par envahir le poumon avant de gagner la plèvre, est plus fréquente chez les enfants que la *pleuro-pneumonie*, ou l'inflammation qui de la plèvre se porte aux poumons. Toutefois, la réunion de ces maladies, dans quelque ordre quelle se soit opérée, est moins fréquente à cet âge qu'aux suivants. Dans la pluralité des cas, c'est la pneumonie qui vient compliquer la rougeole et la variole; quelquefois néanmoins on voit apparaître la variole vers la fin d'une pneumonie, et le malade épuisé ne tarde pas à succomber sous l'influence de cette nouvelle affection dont l'évolution est le plus souvent alors incomplète. L'association de la pneumonie avec les fièvres éruptives est toujours d'ailleurs une chose très-grave. C'était aussi l'opinion de Sydenham, de Stoll (1). Rosen, en s'occupant de la rougeole parle de la fréquence et de la gravité des phlegmasies des organes thoraciques qui se développent sous l'influence des affections cutanées.

Que, s'il s'agit maintenant de présenter en un cadre rac-

(1) La péripneumonie qui arrive aux enfants après que la rougeole est passée leur est extrêmement pernicieuse; elle en fait plus périr que la petite-vérole même, et je n'ai encore vu personne qui ait pu la guérir autrement que par la saignée. (Sydenham, *Médecine pratique*, pag. 181.)

La péripneumonie, après l'éruption de rougeole, est un symptôme grave. Une petite toux, se prolongeant, revenant le soir et la nuit, avec enrouement et fièvre légère, indique une péripneumonie latente et la phthisie à la suite, à moins qu'on n'y apporte un secours prompt et puissant par les antiphlogistiques. (Stoll, *Aphorismes*, pag. 157.)

courci le tableau de la maladie qui nous occupe, nous dirons, de la pneumonie chez les enfants, qu'elle sévit surtout avant l'époque de la seconde dentition; que parmi les symptômes avant-coureurs on observe parfois du malaise de la somnolence, de la chaleur à la peau et de la fréquence dans le pouls; que le sentiment de frisson qui marque assez ordinairement le début de la phlegmasie chez les adultes, manque pour ainsi dire toujours ici, ou dumoins n'est pas exprimé par les jeunes malades; que les phénomènes prodromiques n'existent même pas le plus souvent, à moins qu'on ne considère comme tels la bronchite si communément initiale, et son cortége symptômatique; qu'elle est fréquemment compliquée; qu'elle se manifeste souvent à la suite des bronchites et de quelques fièvres éruptives (à l'égard de ces maladies, elle est donc fréquemment consécutive, tandis que généralement elle est plutôt primitive par rapport à la pleurésie et aux affections abdominales et encéphaliques); qu'elle fait périr un grand nombre d'enfants; qu'elle sévit surtout encore pendant les temps froids et humides, au milieu de l'air infect des hôpitaux; que très-souvent elle débute et marche d'une manière latente insidieuse; que la toux est le seul symptôme qui, parfois, puisse la trahir; que l'expectorarion est rare, que ses produits n'offrent point d'ailleurs de caractères particuliers (1); que la gêne de la respiration est quelquefois peu marquée, bien que la pneumonie soit étendue (obs. 76); que d'autres fois cette gêne est portée à l'extrême, quoique les atteintes organiques soient peu profondes et légères (obs. 74), (les points de côté, les douleurs sous-sternales appartiennent plus spécialement aux pleurésies et aux bronchites et sont, du reste, rares chez les enfants) (2); qu'enfin la diminution locale dans l'intensité du

(1) Les crachats sanglants, couleur abricot, etc., aussi bien que les hémoptysies en général (par exhalation, car nous verrons que celles occasionnées par la rupture de vaisseaux de la poitrine arrivent quelquefois), sont des symptômes presqu'exceptionnels chez les enfants.

(2) Le point de côté, la douleur, se remarquent très-rarement chez les enfants; d'abord celle-ci n'est pas accusée chez ceux trop jeunes pour

bruit respiratoire et du son rendu par la poitrine, joint à la présence du râle sous-crépitant et du souffle bronchique sont des symptômes sur lesquels on peut assez souvent compter, bien que les modes d'exploration que l'on doit à Avenbrugger et à Laënnec soient loin de donner toujours les résultats avantageux qu'on en retire dans la médecine des adultes.

La grande *sonoréité* de la poitrine chez les enfants n'est pas le seul motif qui rende parfois illusoires les avantages que l'on pourrait se promettre de la percussion des parois de cette cavité. Au jeune âge, en effet, l'inflammation se trouve assez souvent disséminée çà et là dans le tissu pulmonaire, au lieu d'occuper en bloc une certaine étendue de ce tissu, la totalité d'un lobe pulmonaire par exemple. Ces lésions ainsi répandues, et qui, envisagées collectivement, ne laissent pas que de former un tout considérable, occupent isolément si peu de place, que, la plupart du temps, la résonnance naturelle du thorax ne s'en trouve nulle part sensiblement altérée. De plus et ainsi que l'observe judicieusement M. Guersant (*Dictionnaire de médecine*, art. *Enfant*, patho.), il est possible que les lobes correspondants de chaque poumon se trouvent semblablement hépatisés, et dans ces cas encore il ne peut exister aucune différence entre le son rendu par l'un et l'autre côté de la poitrine percutée. Relativement à l'auscultation, plusieurs remarques peuvent aussi être jointes aux précédentes. Quelquefois, différentes espèces de râles s'entendent simultanément, de sorte qu'il devient alors très-difficile de les distinguer exactement (obs. 74). Les râles crépitants et sous-crépitants que l'on

rendre compte de leurs sensations : et comme, au dire de la plupart des auteurs, elle n'a lieu chez les adultes que par la complication de la pleurésie, et que cette complication est plus rare en effet chez les enfants, il n'est donc pas étonnant que chez ces derniers le point de côté soit moins fréquemment observé. Rarement la douleur de côté manque (une fois sur dix chez les adultes), l'inverse serait plutôt vrai chez les enfants.

Suivant aussi M. Baron, le point de côté n'existe pas chez les jeunes enfants, ou du moins il n'est pas accusé par eux.

retrouve chez les enfants affectés de pneumonie, plus souvent que chez les adultes, se mêlent et se confondent avec le râle muqueux et plus souvent aussi se font entendre dans de simples bronchites, surtout dans celles qui occupent les dernières ramifications bronchiques et nommées, par cette raison, bronchites *capillaires* (1). C'est donc à tort que l'on a prétendu considérer le râle crépitant comme signe pathognomonique de la pneumonie au premier degré. Laënnec lui-même, qui le premier émit cette assertion, plaça le siége du catarrhe sec dans les dernières ramifications des bronches, et, en se rappelant que l'on a comparé le râle crépitant au cliquetis d'une petite soupape, ne serait-on pas porté à croire que ce médecin a voulu parler de ce dernier râle, quand il dit qu'au moyen du sthétoscope l'on entend parfois, dans le catarrhe sec, un bruit analogue à celui que nous venons d'indiquer?

Le râle crépitant s'entend fréquemment, chez les enfants, jusqu'au dernier terme de la pneumonie; nous chercherons à rendre compte de cette particularité en nous occupant des altérations que la pneumonie laisse après elle. C'est peut-être à une disposition particulière, chez les enfants, des vésicules pulmonaires, cette cause jointe au peu d'épaisseur et de densité des parois thoraciques, qu'il faut attribuer, chez eux, l'intensité du bruit respiratoire et la sonoréité remarquable de la poitrine. Quoi qu'il en soit, la *respiration puérile*, pour peu qu'elle soit précipitée, se rapproche beaucoup du souffle bronchial, avec lequel il devient alors aisé de la confondre. A part l'impossibilité de faire parler à volonté les enfants et de les empêcher de crier, la résonnance de la voix est toujours naturellement si grande chez eux, qu'on ne sait trop souvent à quoi s'en tenir non plus sur l'existence réelle ou non de la *bronchophonie* : il en est de même à l'égard de l'égophonie.

(1) M. Baron ne considère pas non plus le râle crépitant comme pathognomonique dans la pneumonie chez les enfants, et il admet que les râles muqueux et sifflants se font pareillement entendre chez eux dans cette affection.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'inflammation se répand assez souvent, chez les enfants, çà et là dans le tissu des poumons, de façon à n'occuper que des points peu étendus et plus ou moins multiples : quelquefois elle n'affecte qu'une portion de lobe, quelques lobules(1), ou même quelques vésicules pulmonaires, dernière variété particulièrement signalée par M. Andral et appelée pneumonie vésiculaire.

SOIXANTE-DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Poibre (François), âgé de cinq ans, entré à l'hôpital des Enfants le 11 juin (salle Saint-Jean, nº 36); d'une maigreur extrême; toussait souvent depuis six semaines; malingre depuis un an. Éruption de pourpre le 8 juin. Le 13, pouls, cent quatre pulsations par minute, peau chaude, toux médiocrement fréquente, la respiration s'entendait bien quoiqu'avec un mélange de râle sous-crépitant des deux côtés. Pas de changements dans l'état du malade jusqu'au 26; ce jour, pouls, cent douze pulsations; toux sèche et très-fréquente; râle sous-crépitant surtout à gauche, pas de différence à la percussion, on entend l'expansion pulmonaire. Le 1 juillet éruption de variole, diarrhée. Mort le 4 juillet.

Autops. cad. Épanchement de sérosité roussâtre, sanieuse trouble dans le péricarde, environ 96 grammes; rougeur violacée des deux feuillets du péricarde; tissu du cœur pâle, mais résistant; pas de caillots dans ses cavités; la surface interne des gros vaisseaux était aussi pâle; les ganglions pré et interbronchiques étaient volumineux et en partie tuberculeux; deux dépassaient le volume d'un œuf de poule; ils offraient néanmoins encore quelques traces de leur tissu rougeâtre et enflammé; ils semblaient résulter de l'agglomération de plusieurs glandes; plusieurs autres ganglions en avant et en arrière, soit sur les côtés des bronches, avaient le volume d'une noisette.

(2) M. Baron a remarqué la forme lobulaire et la dissémination de la phlegmasie dans le tissu pulmonaire chez les enfants; ces lésions spéciales lui paraissent aussi très-remarquables.

Nulle apparence de compression ne paraissait résulter de la présence et du développement normal de tous ces organes malades. La membrane muqueuse des voies aériennes était pâle; les trois lobes pulmonaires étaient réunis par quelques adhérences, et de ce côté, vers le haut du thorax, la plèvre costale paraissait un peu ecchymosée; poumons crépitans et ne paraissant d'abord ni engoués ni hépatisés; mais offrant dans sept ou huit endroits différens (et de chaque côté), soit à leur surface, soit dans l'intérieur de leur tissu, de petits points lenticulaires, d'un rouge brun foncé, durs, résistants. Une altération analogue, mais de quelques lignes d'étendue, se rencontrait le long du bord inferieur du poumon gauche; les ganglions du cou étaient rougeâtres, peu développés et non tuberculeux. Ganglions mésentériques sains; quelques rougeurs se trouvaient çà et là éparses à la surface de l'estomac et vers la valvule iléo-cœcale. — Du reste, rien autre chose de remarquable.

Mais cette inflammation peut aussi s'étendre, ainsi qu'on l'a vu, bien au-delà de la totalité d'un lobe.

La pneumonie des enfants diffère donc habituellement de celle des adultes par les symptômes, la disposition et l'étendue des lésions, quelquefois seulement par les symptômes, et ne s'en éloigne, d'autres fois, enfin, que par la dissemblance des altérations organiques (1). Ce n'est, du reste, qu'avec toutes ces variétés symptômatiques et anatomo-pathologiques, qu'en les admettant isolément ou réunies, que l'on peut être fondé à établir que la pneumonie des enfants forme

(1) Quelquefois l'altération anatomique spéciale n'occupe que quelques lobules, parfois elle a envahi en partie et plus rarement en totalité un lobe; dans d'autres circonstances, les lésions disséminées ou non, mais partielles, limitées, ne présentent pas d'autres particularités que ce défaut local d'extension. C'est à tort ou à raison à ces variétés diverses relatives tant à la circonscription qu'à la nature des altérations pathologiques que l'on a indistinctement appliqué les épithètes de lobulaires, partielles, circonscrites, qui néanmoins comportent assez généralement l'idée d'une lésion bornée localement dans son étendue.

exception chez les adultes et règle chez ceux-ci. Il en résulte encore, d'ailleurs, que l'épithète de latente ne convient pas plus exclusivement à ce genre de pneumonie que celle de lobulaire ou partielle.

Nous avons examiné, pour la plupart, les particularités symptômatiques; passons à la descriptions des altérations anatomiques.

En ouvrant les cadavres d'enfants morts de pneumonie, on trouve quelquefois les deux poumons, ou un seul, comme *criblés* de points pneumonisés (obs. 69, 71, etc.); ces lésions peuvent être aussi limitées dans leurs dimensions, et en même temps peu multipliées d'autres fois, non interrompue par des portions plus ou moins considérables de tissu sain, l'altération organique se continue, se prolonge, se dessine le long des bords ou autour de la base des poumons, où elle apparaît sous la forme d'un liséré (1) (obs. 74, 78). Les caractères physiques que présente, chez les enfants, le tissu pulmonaire phlogosé peuvent s'identifier avec ceux assignés par les auteurs aux états dits d'*engouement*, d'*hépatisation* et de *splénisation;* mais ils peuvent aussi en différer totalement, et l'on a lieu d'être frappé des particularités que présentent alors ces altérations phlegmasiques. Nous avions fait, en particulier, ces remarques dès 1824, et avant d'avoir acquis ailleurs la moindre notion à cet égard. M. Léger, (thèse citée) assigne à ces lésions les mêmes dispositions anatomiques que celles du tissu de la rate. Nous ne croyons pas cette comparaison exacte, car on ne reconnaît ni surface grenue, ni granulations, comme dans le parenchyme du viscère en question. Le tissu morbide qui s'offre à la vue est flasque, dense, résistant, ne laisse rien suinter à la pression; il est traversé par quelques intersections blanches et rares, et la surface des tranches qu'on y pratique semble à la vue

(1) Disposition qui ne nous paraît nullement assez importante pour justifier l'établissement (ainsi qu'on l'a fait) d'une nouvelle subdivision de la pneumonie.

comme au toucher, unie et lisse (obs. 71, etc.). A un degré plus avancé, les portions de poumons ainsi altérées, plongées dans un vase plein d'eau, ne surnagent pas plus que précédemment, mais leur coloration a changé par suite des progrès de la maladie; elles étaient d'abord d'un rouge variant entre le rouge, le violet ou le brun; plus tard, d'un rouge pâle ou jaunâtre; elles sont, en même temps, devenues très-friables, humides, et comme imbibées d'un liquide purulent (observ. 75, 77). Cette altération organique, à son premier état, n'a de comparable, avec la rate, que la flaccidité et parfois la teinte. L'analogie est, certes, bien plus grande entre elle et la substance corticale du rein; et, sous ce rapport, la dénomination de *rénification* lui conviendrait beaucoup mieux que celle de *splénisation*.

Voici quelques relevés qui pourront donner une idée de la fréquence relative des diverses sortes d'altérations organiques. Sur seize cadavres de jeunes péripneumoniques, nous avons trouvé sept fois le genre de lésion que nous venons de décrire, six foix celles appartenant aux pneumonies ordinaires, trois fois, enfin, des altérations répondant à l'un et l'autre des deux états indiqués.

Quand les points pneumonisés sont nombreux, la maladie, quoique limitée, si on l'envisage en détail, partiellement, n'est pas moins très-étendue, considérée dans son ensemble: aussi son issue est-elle alors très souvent funeste, bien qu'elle ne soit parvenue qu'au *premier degré* ou quelquefois au second. Il arrive, néanmoins, et c'est souvent chez les enfants faibles, que les portions de tissu pulmonaire enflammées, quoique peu nombreuses et tout à la fois peu étendues, n'atteignent jamais un degré plus avancé; mais très-souvent alors quelque complication est venue aggraver la situation des malades. Un fait digne de remarque, c'est que souvent la pneumonie même, après un temps assez prolongé, après quinze jours, un mois, six semaines, par exemple, ne laisse après elle, chez les enfants, que les traces cadavériques, qu'ailleurs on ne trouve que quand la vie a cessé dès les premières périodes

de la phlegmasie pulmonaire. Cette circonstance semble expliquer pourquoi, chez les jeunes péripneumoniques, le râle crépitant se conserve parfois jusqu'à la fin de la maladie.

C'est plus spécialement quand l'inflammation pulmonaire non disséminée se borne à occuper quelques lobules rares, ou une seule portion (toujours plus grande alors) de l'un ou des deux poumons, que les progrès des lésions anatomo-pathologiques suivent la progression du temps; qu'à l'engouement succède l'hépatisation rouge, suivie de l'infiltration purulente et même parfois des collections de pus, des abcès du poumon(1). Sans qu'il soit possible de fixer, d'une manière mathématique, la limite en deçà ou au delà de laquelle l'affection, disséminée sur plusieurs points ou concentrée sur un seul, donnera lieu à des collections purulentes, ou se terminera seulement par hépatisation rouge, grise, par engouement, etc....., on conçoit qu'il est des désordres dont l'étendue et, par suite, la gravité sont incompatibles avec les conditions ordinaires de la vie, et qu'il existe, sous ce rapport, une proportion inverse entre l'étendue et les progrès du mal. A ce propos, nous pouvons citer ici quelque cas se rapprochant des extrêmes, et circonscrivant ainsi des faits intermédiaires beaucoup plus nombreux. Dans le premier, une péripneumonie donna lieu à une excavation d'environ, au moins, trois pouces carrés (obs. 83). (Laënnec a rapporté une observation analogue) : dans le second, que nous avons eu également l'occasion d'observer, un seul poumon renfermait une dizaine de foyers purulents, dont les diamètres variaient de quelques lignes jusqu'à un pouce d'étendue (obs. 69). Le plus ordinairement les points pneumonisés ne le sont pas tous au même degré. L'apparition successive et la marche progressive de ces diverses lésions, quelquefois très-nombreuses, expliquent alors la possibilité de grands progrès de la part de

(1) Genre d'altération organique dont la fréquence n'est généralement pas très-grande, mais que M. Baron a observé rarement chez les très-jeunes enfants.

quelques unes d'entre elles, qui ont pu se trouver en petit nombre pendant long-temps.

La pneumonie *lobulaire* ou *partielle* étant plus commune chez les enfants qu'à toute autre époque de la vie, il n'est pas étonnant que les terminaisons, par suppuration, auxquelles on donne le nom d'abcès du poumon se rencontrent plus souvent chez eux que chez les adultes (sans que l'on puisse en conclure que nous considérions les abcès du poumon comme des lésions habituellement fréquentes).

QUATRE-VINGTIÈME OBSERVATION.

Rougeole irrégulière. — Pleuro-pneumonie terminée par des abcès circonscrits dans les deux poumons. — Inflammation du larynx. Perforation d'un cartilage. — Abcès à la partie antérieure du cou. — Entérite pseudo-membraneuse (1).

Charles Boucher, âgé de six ans, d'une constitution grêle, contracte la rougeole avec deux de ses frères, dans la dernière quinzaine du mois d'août. Chez ceux-ci, l'éruption parcourut régulièrement sa marche, mais chez Charles, elle disparut, sans cause connue, le lendemain de son apparition. Dès ce moment, raucité de la voix, douleur dans le trajet du larynx et du sternum; dyspnée, exaspération de la toux et de la fièvre qui avaient précédé et accompagné l'éruption. Ces symptômes persistent pendant les quinze jours qui suivent; malgré l'emploi de deux saignées locales pratiquées l'une à l'épigastre, l'autre à la partie antérieure du cou, et l'application d'un vésicatoire sur le sternum, secondée par l'usage de boissons pectorales et la diète.

Admis à l'hôpital le 3 septembre, quinze jours environ après la disparition subite de l'éruption rubéolique, ce garçon nous présente à la visite du lendemain les symptômes suivants: face pâle, émaciée; décubitus dorsal; douleur dans le trajet du larynx et du sternum, ne se faisant sentir ni à droite, ni à gauche de la poitrine; toux sonore, non suivie d'expectoration;

(1) Constant, *Gazette médicale*, du 19 décembre 1835.

voix rauqueet affaiblie; gêne de la respiration, qui se répète trente-six fois par minute. L'auscultation du thorax fait reconnaître en arrière du souffle bronchique et de la bronchophonie dans le tiers supérieur et dans le tiers inférieur du côté droit en arrière; le bruit respiratoire se fait entendre mêlé de quelques râles dans le tiers moyen droit; le son est obscur dans les points où l'oreille perçoit la respiration bronchique; à gauche et antérieurement le son est clair; le murmure respiratoire est à peine accompagné de quelques légers râles. La langue est pâle; la soif médiocre; le ventre indolent; les selles quotidiennes. Le pouls est accéléré, cent vingt pulsations par minute. L'intelligence est nette; le malade accuse une légère céphalalgie sus-orbitaire. On prescrit trois ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine; un julep gommeux avec addition de quinze grains d'oxyde blanc d'antimoine, et deux pots d'infusion de mauve. Le 5 et le 6, pas de changement notable; dix-huit grains d'oxide blanc d'antimoine. Le 7, on applique un large vésicatoire sur le côté droit, pour remplacer celui du sternum, qui est complétement desséché. Le 8, on entend au sommet du poumon droit un râle crépitant à grosses bulles, qui semble indiquer la résolution de la pneumonie dans ce point; du reste, même matité, même souffle bronchique dans le tiers inférieur; râle sous-crépitant à gauche; persistance de la douleur du larynx; aphonie; fièvre avec paroxisme le soir; dépérissement progressif. Les voies digestives restant toujours en bon état, on accorde du lait. Pas de changement notable jusqu'au 12. Le 12, la face est plus altérée; la respiration plus gênée; on applique deux nouvelles ventouses sur le côté droit. Le 13, infiltration œdémateuse de la face et du bras droit; peau pâle et sèche; pouls filiforme donnant cent vingt-quatre pulsations par minute; le son est toujours mat à droite; le souffle bronchique a reparu au sommet du poumon droit, et persiste à la base; on entend toujours du râle crépitant à grosses bulles en arrière et à gauche. Toux plus fréquente la nuit que le jour, insomnie; endolorissement du ventre, diarrhée. On prescrit deux gros de sirop d'opium pour le soir.

Les jours suivants, la diarrhée devient très-abondante, et résiste à la décoction blanche et aux lavements laudanisés; le dépérissement fait des progrès rapides; dans la nuit du 17, le malade est en proie à un délire violent, à la suite duquel il succombe.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvons le poumon droit adhérent dans toute sa hauteur à la plèvre costale, à l'aide de fausses membranes épaisses et de récente formation. Des adhérences existent également entre les trois lobes. Le supérieur est complétement imperméable à l'air et renferme trois abcès dont le plus grand pourrait loger un gros marron. Chacun d'eux est rempli d'un pus bien lié et de bonne nature. Les parois des deux plus petits sont lisses; celles du grand sont tapissées d'une fausse membrane. Le lobe moyen est simplement engoué; le lobe inférieur contient trois autres petits foyers très-superficiellement placés et correspondant à une plaque blanchâtre, siégeant à la surface externe. Chacun de ces foyers est entouré d'un tissu hépatisé soit en gris, soit en rouge. A gauche, on trouve enfin deux petits abcès et plusieurs portions du tissu imperméable à l'air. Les bronches sont remplies de mucosités puriformes; le larynx présente plusieurs ulcérations, l'une d'elles, située à la partie antérieure, a détruit le cartilage qui offre un pertuis, ayant une ligne et demie de diamètre, et communiquant avec un foyer purulent situé entre les muscles de la partie antérieure du cou.

Les ganglions bronchiques sont tuberculeux; mais les poumons ne renferment pas un seul tubercule. L'estomac est sain, ainsi que l'intestin grêle. Mais la muqueuse du colon présente à sa surface une multitude de petites plaques jaunâtres, qu'enlève le dos du scalpel et au-dessous desquelles il n'existe pas d'ulcération. Le cœur et les principaux troncs vasculaires ne présentent pas d'altération.

Ces terminaisons particulières n'étaient pas, cependant, regardées comme très-rares par les anciens auteurs, et cette opinion est encore celle de plusieurs médecins de nos jours, entre autres des docteurs Chricton et Himly. Laënnec s'est

élevé contre elle, en avouant, toutefois, que, pendant certaines constitutions médicales, de pareils résultats pouvaient cesser d'être rares. Lui-même dit avoir observé, pendant le cours de 1823, plus de vingt cas de pneumonies partielles terminées par abcès. Selon le même auteur, la vomique d'Hippocrate et de quelques praticiens modernes ne résulterait que du ramollissement d'une masse de matière tuberculeuse. Il établit, ainsi qu'il suit, une distinction anatomique entre les excavations formées par la matière tuberculeuse ramollie et celles provenant de la suppuration du poumon. « Les excavations tuberculeuses sont bien circonscrites; leurs parois sont fermes et recouvertes d'une fausse membrane. Les parois des abcès pulmonaires sont, au contraire, infiltrées de pus et d'autant plus ramollies que l'on s'approche davantage du foyer purulent, qui, en outre, ne contient jamais de matière tuberculeuse. » Ailleurs, il convient que, dans quelques cas, la couleur et l'aspect de la matière tuberculeuse ramollie sont assez semblables à ceux du pus, et que l'on trouve quelquefois les parois des excavations tuberculeuses formées par le *tissu pulmonaire* rouge, durci ou infiltré de matière tuberculeuse à différents états.

MM. Andral, Bayle et Laënnec lui-même ont reconnu que les parois environnant la matière tuberculeuse pouvaient être formées par le tissu pulmonaire ulcéré. M. Andral prétend que la fausse membrane n'existe, dans les excavations dues au ramollissement des tubercules pulmonaires, que quand elles tendent vers la cicatrisation. Le même auteur dit que les grumeaux que l'on rencontre dans les cavernes des poumons chez les phthisiques ne sont pas toujours des restes de matière tuberculeuse, puisqu'on en trouve dans les cavernes communiquant largement depuis long-temps avec les bronches.

Si donc l'on considère que la présence de la matière tuberculeuse n'est pas constante dans ces mêmes cavernes, que l'on rencontre quelquefois au milieu des foyers simplement purulents des particules blanches, d'une consistance pultacée, et qu'enfin les parois des excavations, suites de pneumonies

peu étendues, peuvent être formées par le tissu du poumon ulcéré, par ce tissu diversement modifié par la phlegmasie, que ces parois peuvent être revêtues de fausses membranes, etc......, il sera difficile de ne pas convenir de la possibilité d'une exacte ressemblance entre les excavations consécutives à la phthisie pulmonaire et celles résultant de pneumonies *partielles*.

Cette vérité, du reste, n'est point passé inaperçue : à l'article *Pneumonie* du *Dictionnaire de médecine*, M. Chomel dit que les collections purulentes, suites de pneumonies, sont séparées quelquefois du parenchyme pulmonaire par une fausse membrane, et qu'elles offrent alors une ressemblance frappante avec les excavations tuberculeuses. Nous avons entendu professer à M. Guersant que les terminaisons de pneumonies par abcès étaient assez communes chez les enfants, et qu'il était possible de prendre pour ulcérations tuberculeuses les cavernes provenant de la suppuration partielle de quelques lobules du poumon.

Revenons maintenant aux phénomènes morbides observés pendant la vie, et examinons s'ils n'offrent pas parfois une ressemblance embarrassante avec ceux qui se manifestent pendant le cours de la phthisie pulmonaire tuberculeuse.

Il est à remarquer d'abord que la respiration inégale, saccadée est un syptôme que M. Guersant regarde comme étant commun aux deux maladies. M. Chomel, en parlant de certaines bronchites qui peuvent simuler la phthisie pulmonaire, s'exprime ainsi : « Les malades perdent leur embonpoint et leurs forces, leur pouls s'accélère; il y a des redoublements nocturnes, des sueurs matinales, de la soif, des vomituritions, du dévoiement; le dépérissement fait de jour en jour de nouveaux progrès, et la mort enfin termine cette succession de phénomènes..., » qui, ajouterons-nous, pourrait être souvent prise pour une peinture exacte de la dernière période de la pneumonie dont nous avons parlé. Que l'on passe ensuite à l'exmen des signes propres à faire reconnaître les abcès du poumon, et tels que les a transmis Laënnec, savoir le râle caver-

neux, le râle muqueux à grosses bulles, le gargouillement et la pectoriloquie : ces signes sont précisément les mêmes que ceux destinés à faire découvrir les cavernes tuberculeuses. Ainsi, et sans qu'il soit d'ailleurs question de réduire ici la théorie du sthétoscope aux seuls avantages bien constants que démontre l'observation la plus ordinaire des faits, on ne peut guère refuser d'admettre que, même à l'aide de cet instrument, il doit être peu facile, ou plutôt possible de distinguer toujours, pendant la vie, les signes propres à la phthisie pulmonaire de ceux appartenant à une pneumonie *peu étendue*, *disséminée*, *partielle!*... et déjà nous sommes convenu qu'il pouvait également paraître difficile à l'*anatomo-pathologiste* de faire la part exacte des lésions organiques relatives à chacune de ces maladies.

Rappelons encore que la durée de la pneumonie, chez les enfants, est généralement longue, qu'ainsi la lenteur de sa marche est quelquefois telle, qu'on a vu arriver, à l'hôpital, des enfants toussant depuis un ou deux mois environ, ne succomber qu'après un laps de temps à peu près égal. Sauf les altérations anatomiques correspondantes, ce sont bien là véritablement des pneumonies chroniques, mais les lésions cadavériques qui s'y rapportent ne permettent néanmoins que de leur donner le nom de subaiguës, tandis que la première dénomination se trouve plus spécialement réservée à une sorte de pneumonie dont les altérations organiques sont aussi particulières. Laënnec, Chomel et quelques auteurs mettent presqu'en doute l'existence de la pneumonie chronique. M. Chomel dit n'avoir vu que deux fois sur le cadavre, dans un espace de seize ans, les lésions qui caractérisent la pneumonie chronique. M. Andral dit les avoir rencontrées plus fréquemment; et elles ne lui semblent pas aussi rares qu'on l'a dit. Le caractère anatomique de cette affection est un endurcissement du tissu pulmonaire, qui est devenu en même temps imperméable à l'air, qui se présente sous une teinte fauve, grise, brune ou noire, et avec une consistance comme fibreuse. Nous croyons aussi la pneumonie chronique extraordinairement rare chez les jeunes

sujets, mais nous admettons cependant la possibilité de sa rencontre; car, à quelle sorte d'affection rattacherait-on les altérations organiques de l'espèce de celles dont nous rapportons deux exemples :

QUATRE-VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

Pneumonie chronique. — Dilatation et épaississement des bronches.

Lagarin (François), âgé de trois ans, entra le 10 mars et mourut le 28 du même mois, à l'hopital des Enfants. Il toussait depuis un an , et avait de l'opression; il était plus malade depuis quinze jours, lorsqu'il entra à l'hopital. Toux fréquente, aiguë; pouls, cent vingt-huit pulsations par minute; chaleur de la peau naturelle; râle muqueux des deux cotés. Le 13, éruption de rougeole, phlébite au bras droit. Le 22, engorgement phlegmoneux du bras, abcès; toux fréquente, quinteuse; quelques nausées. Fièvre de suppuration, dépérisssement, mort le 28.

Autopsie cadavérique le ving-neuf. Organes digestifs : Estomac et intestins, rien de remarquable; foie contenant cinq à six tubercules; un peu de sérosité dans le péricarde; substance cérébrale décolorée; vaisseaux de la superficie du cerveau non injectés; muqueuse des voies aériennes pâle; ganglions bronchiques droits très-volumineux (volume d'une grosse noix), plusieurs formant un kiste à la matière tuberculeuse ramollie; poumon droit en partie enveloppé d'adhérences, et pseudo-membranes anciennes. Le tiers inférieue du lobe supérieur, le tiers antérieur du lobe moyen et le quart antérieur du lobe inférieur adhérent entre eux; leur densité (celle des parties ainsi réunies) est assez grande ; le tissu est comme froncé ; en l'incisant , l'aspect est lisse, luisant, grisâtre, et parsemé d'intersections cellulo-fibreuses. Les bronches qui traversent les portions du poumon, ainsi altérées, sont épaissies sensiblement et dilatées. Le reste de ce poumon paraît sain et crépitant, ainsi que le poumon gauche, qui ne paraît avoir subi un travail phlegmasique récent que vers le tiers inférieur et postérieur de son lobe inférieur.

QUATRE-VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Pneumonie chronique droite. — Altération propre à la pneumonie chronique (celle-ci peut remonter à l'époque d'une rougeole ancienne). — Râle sons-crépitant. — Percussion immédiate et médiate comparative.

Un enfant âgé de dix ans, sur l'état duquel on recueillit les renseignements qui suivent : entra à l'hôpital des Enfants, le 5 octobre 1827, salle Saint-Louis, nº 29. Il s'enrhumait souvent, toussait beaucoup depuis trois jours; sa toux avait lieu par quintes, était suivie d'expectoration, et quelquefois de vomissements. Des sangsues avaient été appliquées à l'épigastre. Le jour de son entrée à l'hôpital, le pouls battait cent vingt fois par minute; la peau était chaude. Toux fréquente, quinteuse; expectoration de crachats muqueux, clairs, peu visqueux; la toux s'accompagnait de douleurs vers l'appendice xiphoïde; les régions homologues de la poitrine étaient sonores, et également sonores à la percussion. L'auscultation fit reconnaître, en arrière, du râle crépitant; il existait des deux côtés, mais en plus grande abondance à droite. Langue blanche; ventre non sensible, pas de diarrhée.

Phénomènes nouveaux et modifications qui se manifestèrent les jours suivants dans les symptômes précédents. Le 8 octobre, deux évacuations alvines liquides. Le 9, l'expansion pulmonaire, toujours accompagée de râle sous-crépitant, devient moins franche à droite; la percussion du thorax est toujours également sonore. Le 10, *Percussion immédiate :* Nulle différence dans la sonorité des deux côtés de la poitrine. *Percussion médiate :* Légère différence à droite; ce côté du thorax est moins sonore en arrière et en haut. Après l'emploi des saignées générales et locales; des boissons émollientes, un vésicatoire fut placé sur la partie droite et postérieure du thorax. Du 8 au 14, diarrhée, mais ventre souple et pas sensible à la pression, pouls, cent vingt-huit pulsations. Le 14 et le 15, le *pectorimètre*, appliqué sur la plaie du vésicatoire, per-

mit de constater l'existence de matité vers cette région. Le malade s'affaiblit et mourut de 17.

Autopsie cadavérique le 19 octobre. Thorax : Quelques adhérences pleurétiques anciennes existaient des deux côtés, mais particulièrement à droite; le poumon gauche est crépitant, parfaitement sain. Les parties moyenne et supérieure du lobe supérieur du poumon droit étaient altérées ainsi qu'il suit : Tissu grisâtre, ferme, dense, criant sous le scalpel, peu humide, n'offrant pas l'aspect vésiculeux, traversé par des bronches dilatées et épaissies. La base de ce lobe, ainsi que les deux lobes du même poumon, paraissent sains, les ganglions bronchiques qui avoisinent les bronches gauches ne présentent rien de particulier; tandis que ceux qui entourent la racine du poumon droit sont, pour la plupart, gonflés, rouges ou tuberculeux. La surface interne des bronches était généralement pâle et enduite, dans quelques subdivisions, d'un mucus puriforme.

Abdomen : Nulle trace de phlegmasie dans l'estomac et l'intestin grêle. Quelques arborisations rares dans le cœcum, et, du reste, nulle autre lésion appréciable dans les autres organes.

Ce malade avait eu la rougeole il y a deux ans, et M. Guersant pensait que sa pneumonie datait de l'époque de l'exanthème.

Arétée dit, en parlant de la pneumonie, et spécialement de la pleuro-pneumonie, que ceux qui échappent à la suffocation sont long-temps tourmentés par l'ulcère et tombent dans la phthisie. Avant lui, Hippocrate, qui nommait pleurésie toute espèce de douleur de côté, avait émis de semblables idées.

Boerhaave et Stoll distinguaient la pneumonie en vraie et en latente, souvent alors chronique, fréquemment héréditaire, et se terminant par la phthisie. « On convient sans peine, dit Pujol, qu'en général toutes les suppurations sourdes de la poitrine supposent une inflammation antérieure, laquelle a été le plus souvent assez faible et assez latente pour n'être point aperçue; mais on ne s'imagine pas aussi aisément que le terme de

la suppuration étant arrivé, l'inflammation latente ait encore lieu dans les surfaces ulcérées, et qu'un phthisique qui crache du pus puisse être en même temps travaillé par la phlogose : c'est pourtant ce qui arrive le plus souvent! »

Bien que la dénomination de phthisie ne s'employât jadis que pour désigner toute maladie des organes de la respiration avec dépérissement, fièvre hectique, et n'ait guère été réservée que depuis Laënnec à la maladie caractérisée par les tubercules pulmonaires, de telles citations, si elles ne présentent quelque importance touchant l'origine inflammatoire de la phthisie pulmonaire tuberculeuse, sont néanmoins de nature à prouver la grande analogie qui existe, *parfois*, entre des maladies que des hommes justement célèbres ont confondues sous une même dénomination.

En résumé, donc (et nous insistons sur ce fait qui nous paraît offrir quelque intérêt, non-seulement parce qu'il offre quelques particularités anatomiques et symptômatiques remarquables, mais encore parce qu'il signale la possibilité de confondre des affections différentes et différemment graves), la péripneumonie, chez les enfants, peut présenter la forme, l'expression, la marche, les terminaisons propres à la phthisie pulmonaire. L'induction à en tirer, c'est que l'on peut ne pas avoir à combattre inutilement, peut-être aussi souvent qu'on pourrait le croire, une maladie incurable, et que, dans les cas douteux, il doit en résulter, pour le médecin, plus de confiance et de persévérance dans les secours actifs de l'art; pour les familles, plus de sécurité et plus d'espoir.

C'est à dessein que nous avons ajouté, tout à l'heure, l'épithète de tuberculeuse au mot *phthisie*. A ce propos, en effet, nous insinuerons que la *prétendue* phthisie *ulcéreuse* de Bayle, celle, au reste, que Laënnec considère simplement comme le dernier degré de la phthisie tuberculeuse, ne serait autre chose, dans la plupart des cas, qu'une pneumonie *partielle* terminée par suppuration, par abcès.

Les phlegmasies du tissu pulmonaire, auxquelles succède la gangrène, terminaison pareillement très-rare chez les adultes,

suivant Laënnec, éloignent par la gravité des symptômes généraux, par la rapidité de leur marche, dès qu'elles on adopté cette terminaison, la possibilité de méprises que suffirait, d'ailleurs, pour rendre extrêmement rares, la fétidité caractéristique de l'haleine, des escarrhes et des crachats, quand ils existent.

QUATRE-VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Pneumonie. — Vaste caverne. — Crachats fétides.

Renaud (François), âgé de douze ans, fut admis à l'hôpital des Enfants le 31 mars 1827. Pâle, maigre, il toussait depuis long-temps. Le 1[er] avril, la peau était chaude; le pouls battait cent fois par minute; le malade toussait fréquemment; sa toux était profonde et grasse; son haleine fétide; sa langue blanche et humide.

Percussion : Matité sous la clavicule droite.

Auscultation : Bruit respiratoire faible vers le sommet du poumon droit; râle crépitant vers la même région. Le 2, en arrière, à droite et en haut, ainsi que sous la clavicule droite, existe du râle sous-crépitant; le thorax, percuté vers ces points, est moins sonore; le malade expectore des crachats d'un gris brunâtre, non visqueux et très-fétides; son pouls est petit et bat cent quatre fois par minute. Le 4, le râle qui existait vers les points indiqués est devenu muqueux; l'expectoration abondante présente toujours les mêmes caractères; le malade n'accuse aucune douleur particulière; cependant il gémit et se plaint sans cesse; sa figure est altérée, sa peau chaude, humide, et depuis deux jours il a un peu de diarrhée. Son haleine est toujours très-fétide, sa langue plus rose. Le 9, il a expectoré environ un verre de sang noir mêlé de crachats; son pouls est petit et bat cent douze fois. Le 10, l'expectoration est encore sanglante, accompagnée de nausées, d'anxiété, d'agitation. L'expectoration, mêlée de sanie, continue le 11 : tout ce jour le malade est dans le délire, et meurt dans la nuit.

Autopsie le 12. *Thorax* : La cavité droite du thorax contient

quatre onces d'un liquide sanieux, gris noirâtre, non visqueux, auquel ne sont point mêlés de caillots de sang : ce liquide provient d'une caverne situé dans le poumon droit ; on lui a donné issue en déchirant quelques adhérences intimes qui unissaient les feuillets de la plèvre. Les trois lobes pulmonaires sont adhérents entre eux ; l'incision du tissu du poumon met à découvert une énorme excavation anfractueuse, occupant toute la partie centrale des lobers supérieur et moyen, et les deux tiers supérieurs du lobe inférieur. La surface interne de cette vaste caverne est tapissée par un putrilage mollasse et grisâtre qui offre partout le même aspect et la même consistance, et s'étend sur toute la périphérie de l'excavation, jusqu'à trois, quatre et même cinq lignes de profondeur. Le tissu pulmonaire ambiant, et qui forme pour ainsi dire la coque de cette cavité, a un pouce d'épaisseur, quelquefois deux, et même un peu plus vers le côté interne. Ce tissu, d'ailleurs, est induré d'un gris brunâtre dans certains points et rougeâtre dans d'autres : il est généralement dense, coriace, et ne surnage point. De nombreuses ouvertures bronchiques communiquent avec cette excavation, et de nombreuses brides, tantôt sous forme de cloison ou de colonnes, simulent ou augmentent les sinuosités. Tout le tiers inférieur du lobe inférieur droit est comme *rénifié*.

Le poumon gauche est souple, crépitant, nullement engoué. Les ganglions bronchiques sont volumineux et d'un rouge foncé. Le péricarde contient un peu de sérosité transparente. Le cœur, plus volumineux que le poing de l'enfant, contient un peu de sang caillé. La surface interne des gros vaisseaux est pâle.

Abdomen : Les organes digestifs ne présentent aucune lésion.

Tête : La grande cavité de l'arachnoïde contient plusieurs onces de sérosité transparente. Quelques points de l'arachnoïde de la convexité ont perdu un peu de leur transparence, et il existe cà et là un peu d'infiltration séreuse dans le tissu de la pie-mère. Du reste, les membranes ne sont ni sèches, ni in-

jectées. Les ventricules du cerveau renfermaient environ une once de sérosité transparente. Nulle injection d'ailleurs, nul ramollissement de la substance cérébrale.

Nous rapporterons un peu plus loin une autre observation détaillée d'inflammation du poumon terminée de cette sorte, qui se trouvait insérée dans la *Gazette médicale.* Elle concerne une fille âgée de onze ans; on avait diagnostiqué une fièvre typhoïde et une pneumonie intercurrente, mais l'autopsie ne laissa voir aucune trace de la première de ces maladies, en montra plusieurs de phlegmasie, du côté des voies aériennes notamment à droite; de ce côté aussi plusieurs parties du tissu pulmonaire étaient transformées en escarres. Il n'y eut pas d'expectoration, et la veille de la mort seulement, l'haleine devint très-fétide. Un nouveau fait de ce genre se trouve dans le n° d'avril 1841, du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, où il a été publié par MM. Rilliet et Barthez. Il est relatif à un enfant de trois ans, et nous semble doublement intéressant, parce qu'il a trait tout à la fois à une terminaison de pneumonie lobulaire par abcès et par gangrène.

Enfin on trouvera encore au chapitre consacré à la pleurésie un cas de pleuro-pneumonie avec pneumo-thorax et excavation gangréneuse dans le poumon.

S'il peut être, parfois, difficile de différencier la pneumonie d'une simple bronchite, cependant, dans les cas les plus favorables au diagnostic, l'absencence d'un ensemble de phénomènes propres à faire soupçonner la phthisie pulmonaire et la réunion de quelques syptômes, autres que ceux d'une simple bronchite, pourront éloigner les erreurs. Ainsi, point d'hémoptysies antécédantes (accident, du reste, très-rare chez les enfants); nulle particularité, soit à la percussion, soit à l'auscultation, dans le bruit respiratoire et la résonnance de la poitrine, sous les clavicules; point de crachats contenant des grumeaux ou des fragments comme tuberculeux, ni sueurs partielles, ni diarrhée, ni dépérissement long tendant à une maigreur squelettique, ni durée fort prolongée de la maladie, remontant, par exemple, à six mois, à un an, etc. Mais, au

contraire, une marche assez aiguë, des crachats pneumoniques (très-rarement observés aussi); enfin, à l'aide des modes d'exploration dont il vient d'être parlé, la sensation d'une crépitation disséminée sur plusieurs points, et particulièrement vers la base de la poitrine, tandis que le son rendu s'y trouve comparativement modifié, que l'on entend du souffle bronchique, etc... De semblables conditions pourront enhardir le médecin appelé à se prononcer sur l'existence ou non de la variété de pneumonie dont il est ici question.

Certaines coïncidences peuvent aussi augmenter encore la difficulté des recherches cadavériques : nous avons, par exemple, rencontré un cas (M. Andral en cite un semblable) où des tubercules, à différents degrés, se trouvaient au centre de quelques lobules pulmonaires hépatisés, tandis que diverses autres portions circonscrites du même poumon, simplement parvenues à l'état d'hépatisation, étaient absolument dépourvues de semblables productions.... Ne peut-on prévoir une époque où il aurait été difficile de faire la part des altérations dues au ramollissement des tubercules, de celles provenant de la suppuration pure et simple du tissu du poumon?

A propos de diagnostic, nous ne pouvons taire un nouveau mode d'exploration toujours préférable, selon nous, à celui imaginé par Avenbrugger et préconisé par Corvisart. Nous avons déjà traité ce sujet dans le numéro de juin 1828, de la *Revue médicale*. La percussion médiate (1) (car c'est d'elle dont il s'agit) est surtout précieuse dans les maladies de poitrine chez les enfants. Cette percussion, pratiquée sur un corps interposé entre les doigts et la cavité qu'on explore, par cela même qu'elle peut avoir lieu sans danger avec plus de force, étend plus profondément son action, donne des résultats plus

(1) C'est particulièrement aux recherches de M. le professeur Piorry que l'on est redevable des développements heureux de cette méthode. Voir son ouvrage *De la percussion et des signes obtenus par ce nouveau moyen d'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux*, Paris, 1828, in-8.

évidents et possède, en outre, l'heureux avantage de ménager les parties sur lesquelles elle agit, ces parties fussent-elles même affectées; considération importante, puisqu'il devient ainsi possible d'éclairer, pour ainsi dire, pas à pas, la marche d'une pneumonie, par exemple, bien que le derme des parois thoraciques le plus voisin de la lésion du poumon ait été dénudé par l'application d'un vésicatoire, et lors même qu'une pleurodynie compliquerait la phlegmasie pulmonaire ou celle de la plèvre (obs. 82).

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer chez les enfants les pneumonies intermittentes ou rémittentes, ou si l'on veut les pneumonies compliquées de fièvres intermittentes ou venant compliquer celles-ci; ou encore les fièvres intermittentes pernicieuses, avec forme pneumonique, etc., forme qui n'est pas une des plus communes, même chez les adultes (1). Bien que pouvant exister d'une manière sporadique, c'est plus particulièrement dans les circonstances épidémiques (2), et surtout endémiques, que se présentent et qu'ont été décrites ces graves complications. Sans entrer dans d'autres détails au sujet d'affections que nous croyons au moins très-rares pendant la période de l'enfance, nous ajouterons seulement que les indications thérapeutiques seraient ici, à la mesure près, les mêmes. L'emploi du sulfate de quinine est de toute urgence (3), sans néanmoins que l'on néglige de recou-

(1) Grisolle, *Traité pratique de la pneumonie aux différents âges, et dans ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques.* Paris, 1841, pag. 445.

(2) Du reste, on a dit avec raison que les constitutions médicales pouvaient imprimer soit à la pneumonie soit à d'autres phlegmasies aussi caractérisées, une modification qui, sans en changer la forme, en altérait la nature et les rendait susceptibles de céder à des agents thérapeutiques auxquels non seulement elles résistent, mais sous l'influence desquels elles s'exaspéraient habituellement. Rarement cependant l'emploi des moyens d'extrà peut-il être exclusif ou se continuer tel long-temps, et peut-on se dipenser d'avoir recours à une médication combinée.

(3) La concentration des forces à l'intérieur ou l'accumulation vio-

rir aussi, au besoin, aux évacuations sanguines (que recommandent Morton, Senac, Frank Sarcone et tant d'autres autorités), quand, pendant l'accès, le pouls est très-fiébrile, l'oppression considérable, etc.

La réunion de la pneumonie avec la dothinentérie ou, dans certains cas, même avec la méningo-encéphalite, constituerait ce que l'on a désigné sous les noms de pneumonie-typhoïde, avec ataxie, adynamie (v. les obs. 2, 3, 4, 7, 84, etc.). L'inflammation du poumon serait alors consécutive, mais plus souvent peut être primitive. Cette forme typhoïde ne serait nullement rare chez les enfants, par cette considération, que l'on a véritablement un peu abusé de cette dernière qualification, en la donnant à des affections très-diverses, et pour peu qu'il y ait dabord des signes d'excitation vers la tête (les symptômes cérébraux, les phénomènes de participation des centres nerveux, sont particulièrement fréquents chez les jeunes sujets), et plus tard, des symptômes de prostration, d'adynamie (ce qui généralement peut s'observer à la suite de beaucoup de maladies graves, quand une atteinte profonde a été portée à l'économie.)

Dans tous les cas, il faut, dans ces affections composées, rechercher ou analyser toutes les lésions et leur opposer un traitement actif. Mais ces distinctions sont loin d'être toujours faciles :

Voici une observation publiée dans la *Gazette médicale* du 30 août 1834, par Constant, et dans laquelle de ces difficultés, de ces erreurs presqu'inévitables de diagnostic se sont présentées.

lente du sang dans les capillaires des viscères, qui existe durant la période de froid a, suivant la remarque de Broussais (*Histoire des phlegmasies chroniques*, pag. 589), le plus funeste effet sur le poumon enflammé; aussi les complications des fièvres intermittentes dans ces affections exigent-elles la suppression la plus prompte des accès.

QUATRE-VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Symptômes de fièvre grave. — Pneumonie terminée par gangrène. — Mort. — Gangrène de la presque totalité du poumon droit. — Ramollissement partiel du poumon gauche. — État sain du cerveau et des voies digestives.

André (Louise-Clémence), âgée de onze ans, habitant Paris depuis trois ans, accusait douze jours de maladie, lorsqu'elle fut admise à l'hôpital, le 29 avril. Au début, elle éprouva de la céphalalgie, des douleurs contusives dans les membres et de l'inappétence; des vomissements eurent lieu les deux premiers jours, et ne se renouvelèrent pas ensuite. La malade ne s'alita que le quatrième; la fièvre était alors intense, la céphalalgie était accompagnée de bourdonnements d'oreilles; l'abdomen était le siége d'une vive douleur; la diarrhée remplaça, le cinquième jour, la constipation, qui avait eu lieu depuis le début. Ces symptômes persistèrent, et il s'y joignit, les trois derniers jours qui précédèrent l'admission à l'hôpital, un délire violent qui s'exaspérait surtout la nuit. Une épistaxis abondante avait eu lieu.

Dans la soirée du 29, prostration profonde, *subdelirium*, nouvelle épistaxis qui fournit environ deux palettes de sang et nécessita l'emploi de lotions froides et du tamponnement des fosses nasales; diarrhée abondante; selles multipliées. Un demi-lavement avec le laudanum et l'extrait de ratanhia est prescrit par l'interne de garde. Dans la nuit, délire, agitation. Le 30, troisième jour de la maladie, au délire violent de la nuit a succédé un abattement profond; le décubitus a lieu sur le dos; l'intelligence est obtuse, les réponses extrêmement lentes; céphalalgie sus-orbitaire, bourdonnements d'oreilles, narines sèches, pulvérulentes; face pâle, lèvres encroûtées, dents fuligineuses, langue sèche comme un morceau de parchemin, soif vive, pas de nausées ni de vomissements, ventre douloureux à la pression dans toute son étendue, quelques taches roses, lenticulaires, autour de l'ombilic; selles liquides après le lavement; peau chaude et sèche; pouls à cent vingt-quatre,

régulier; pas de toux, pas de gêne de la respiration; l'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des signes négatifs. On porte pour diagnostic : *fièvre typhoïde,* et l'on prescrit : eau de gomme, deux pots; huit sangsues sur la région iléo-cœcale; sinapismes aux membres inférieurs, compresses trempées dans l'eau froide sur le front; diète. Dans la journée, trois évacuations liquides, paroxisme le soir, délire violent, qui persiste toute la nuit; agitation, criailleries; on attache la malade dans son lit. Le 1er mai, anxiété extrême, face grippée, soif extrêmement vive; la malade crie sans cesse : *J'ai soif! j'ai soif!* L'introduction de la plus petite quantité de liquide dans l'estomac provoque le vomissement; la peau reste sèche; le pouls, petit, concentré, s'est élevé à cent soixante pulsations; le ventre est météorisé; il est encore plus douloureux que la veille; la malade ne peut supporter le poids des couvertures; la partie antérieure du thorax est couverte de *sudamina.* (Boissons à la glace.)

Les vomissements cessent dans la soirée; la peau, qui jusque-là était restée sèche, se couvre d'une sueur abondante; la nuit est calme.

Le 2, cent quatre-vingt-deux pulsations, petites, régulières; trente-deux inspirations inégales; assoupissement, occlusion des paupières, réponses par oui et par non, qu'on n'obtient qu'en fixant fortement l'attention de la malade; face rosée par plaques; peau moite; langue collante; pas de nausées ni de vomissements depuis la veille; ventre moins tendu, moins douloureux à la pression; pas de selles; toux sèche, rare; râle sibilant dans le côté droit de la poitrine; la sonoréité est normale; on continue les boissons froides. Le 3, les vomissements se renouvellent; la face est très-altérée; le ventre est très-douloureux à la pression; le pouls, petit et concentré, bat cent quarante fois par minute; la toux est plus fréquente; la respiration plus laborieuse. (Trente-six inspirations.) Les taches typhoïdes ont disparu; les sudamina persistent; la tension et la douleur vive du ventre, l'altération des traits, les vomissements qui se renouvellent sans cesse, font soupçonner l'existence d'une péri-

tonite. On prescrit des frictions mercurielles sur l'abdomen. Le 4, les nausées et les vomissements ont cessé; le ventre est toujours douloureux à la pression; la face est animée; le pouls plus développé que le jour précédent, bat cent trente-six fois par minute; la respiration est très-accélérée; elle se répète quarante-quatre fois par minute; percussion du côté droit de la poitrine très-douloureuse; son obscur; râle crépitant dans les deux tiers inférieurs; à gauche la respiration est pure, la sonoréité normale; on continue les frictions mercurielles, et on applique un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine. Le 5, face violacée, respiration anxieuse, peau chaude, haliteuse; cent quarante pulsations, quarante-quatre inspirations; l'intelligence est nette; la malade accuse de vives douleurs dans l'abdomen et les membres inférieurs; pas de nausées ni de vomissements; laugue rouge dépouillée de son enduit; pas de diarrhée depuis plusieurs jours; quelques cybales sont rendues à la suite de lavements; râle crépitant dans toute la hauteur du poumon droit; souffle tubaire et son mat vers l'angle inférieur de l'omoplate. (Entretenir la suppuration du vésicatoire; boissons pectorales.) Le 6, décubitus variable; cent quarante-quatre pulsations, cinquante-deux inspirations; souffle tubaire dans presque toute la hauteur du côté droit; son mat; à gauche on entend un mélange de râles sous-crépitant et sibilant. Le 7, retour des vomissements; anxiété extrême; toux sèche, incessante; orthopnée; pouls difficile à compter, à cause de sa fréquence; soixante inspirations par minute; pas d'expectoration. Le 8, la dyspnée et la toux persistent; la malade indique toujours le ventre comme le siége de son mal; une forte inspiration ne fait naître aucune douleur dans le côté droit de la poitrine; cependant le son y est complètement mat, l'expansion nulle; le murmure respiratoire est remplacé par le souffle bronchique. Du reste, pas d'expectoration. La lésion la plus évidente au milieu des symptômes variés offerts par la malade, est la phlegmasie du poumon droit. Le 9, face plombée; lèvres et langue sèches; haleine fétide; même toux; même absence d'expectoration; même dyspnée; pouls à cent cinquante.

quatre; respiration à soixante; matité et souffle tubaire à droite; râle sous-crépitant en divers points du poumon gauche; l'intelligence est intacte; le ventre presque tout-à-fait indolent; tuméfaction considérable de la parotide droite, depuis deux jours; on suspend les frictions mercurielles; on donne à l'intérieur de l'eau vineuse et des lavements de quinquina. Le 10, affaissement profond; fétidité insupportable de l'haleine; pouls insensible; quelques vomissements par intervalles; constipation. On continue la même prescription. Mort le 11, au moment de la visite, sans convulsions.

Nécropsie vingt-trois heures après la mort. Habitude extérieure. Amaigrissement général; rigidité cadavérique très-prononcée; teinte livide de la partie postérieure du tronc; pas de trace de putréfaction à l'intérieur; gonflement énorme de la parotide droite.

Cavité crânienne. Injection médiocre des vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveau; une once et demie de sérosité limpide à la base du crâne; une cuillerée à café dans chaque ventricule; coupe du cerveau humide, offrant un piqueté peu vif; pas de ramollissement ni d'induration partiels.

Cavité thoracique. L'intérieur du larynx, de la trachée-artère et des bronches est tapissé par une couche de matière grisâtre, visqueuse, exhalant une odeur gangreneuse; la muqueuse du larynx et de la trachée est pâle; celle des bronches est d'un rouge livide, surtout à droite; les ganglions bronchiques du côté droit sont rouges, hypertrophiés et ramollis; ceux du côté gauche sont à l'état normal; il n'existe de tubercules ni dans les uns ni dans les autres.

La surface interne du poumon droit offre une teinte d'un gris noirâtre, au milieu de laquelle apparaissent deux ou trois plaques irrégulières d'un blanc sale; sous l'une d'elles, située au sommet du lobe supérieur, le toucher fait reconnaître la présence d'une matière diffluente; les trois lobes de ce poumon adhèrent entre eux; il existe aussi quelques légères adhérences de formation récente entre les plèvres costale et pulmonaire; les lobes supérieur et inférieur, ainsi que la partie anté

rieure du lobe moyen, sont frappés de gangrène; la surface de la coupe est ardoisée; le tissu est friable, et réduit en plusieurs points en une matière diffluente qu'entraîne un filet d'eau, et donne lieu à des excavations anfractueuses analogues à celles qui suivent la fonte des tubercules; l'odeur exhalée par le poumon est caractéristique de la gangrène.

A gauche, il n'existe aucune adhérence entre les deux feuillets de la plèvre; le parenchyme pulmonaire est perméable à l'air dans la majeure partie de son étendue; le quart postérieur présente la couleur et la consistance de certaines rates qui ont subi un commencement de ramollissement; ces parties se précipitent au fond de l'eau; elles n'exhalent pas d'odeur gangréneuse.

Le cœur, le péricarde et les gros vaisseaux n'offrent pas d'altération appréciable.

Cavité abdominale. Le péritoine n'est le siége d'aucun épanchement; sa surface est sèche; il n'existe aucune adhérence entre les circonvolutions intestinales; la muqueuse gastrique, en contact avec deux onces environ d'un liquide verdâtre, analogue à celui qui était rejeté par le vomissement, n'offre ni injection, ni ramollissement, ni état mamelonné; sa couleur est d'un gris rosé, sa consistance normale; la muqueuse qui tapisse le duodénum et le jéjunum, est fortement colorée par la bile; elle n'offre pas d'altération notable; la muqueuse de l'iléon est généralement pâle; elle présente çà et là quelques grosses arborisations; les follicules agminés et isolés n'offrent ni tuméfaction ni ulcération; ils sont à peine apparents; leur couleur diffère peu de celle de la muqueuse ambiante; le gros intestin contient quelques cybales vers sa terminaison; du reste, pas de rougeur ni de ramollissement de la muqueuse; foie volumineux, rougeâtre; vésicule distendue par une assez grande quantité de bile verdâtre; canaux biliaires intacts; les ganglions mésentériques, la rate, les reins et le pancréas ne présentent aucune altération notable.

La pneumonie bilieuse, celle accompagnée d'embarras gastrique, d'embarras des premières voies, d'état bilieux et qu'avec

la pleurésie de même sorte, Stoll s'est appliqué avec tant de supériorité à différencier de la pleurésie et de la pneumonie *inflammatoires;* cette forme, disons-nous, est rare et devait être très rare dans le jeune âge, où l'état bilieux lui-même et généralement tous les états morbides ou la bile et son organe sécréteur jouent un rôle, sont très rares : observons toutefois que nous ne faisons ici que restreindre et non nier. Nous admettons par conséquent la possibilité de la pneumonie bilieuse dans l'enfance; mais les cas n'en sont rien moins que communs, et l'on ne trouvera peut-être pas ici sans quelque intérêt, un fait de ce genre assez remarquable, publié il y a peu d'années dans la *Gazette médicale*, par Constant. Le voici avec les réflexions qui l'accompagnent.

QUATRE-VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Adrienne (Colette), âgée de six ans, constitution grêle, tempérament lymphatique, portant des engorgements des ganglions cervicaux, entra à l'hôpital le 7 juin, accusant huit jours de maladie; elle était affectée depuis environ deux mois d'un léger catarrhe, quand le 30 mai, sans cause connue, la toux s'exaspéra et s'accompagna de fièvre; quelques frissons irréguliers eurent lieu; il survint des nausées et des vomissements bilieux, qui se renouvelèrent pendant trois jours. Quelques selles de même nature furent rendues à la suite de coliques passagères. Une application de sangsues à l'épigastre ne produisit aucun soulagement. Le 6 juin, aux symptômes précédents se joignit une douleur vive du côté droit, augmentant par la toux et les inspirations. La fièvre persistait; la malade était très-abattue; elle ne put venir de son pied à l'hôpital. Le 8, à la visite du matin, elle nous offrit l'état suivant : décubitus dorsal; céphalalgie sus-orbitaire; légère teinte ictérique des sclérotiques et des ailes du nez; face rouge par plaques; lèvres sèches, encroûtées; langue couverte d'un enduit jaunâtre fort épais; saveur amarescente de la bouche; appétence de boissons froides; soif assez vive; nausées sans vomissements; anorexie; ventre souple et indolent, pas de selle depuis l'entrée; peau médio-

crement chaude et sèche ; pouls régulier, à quatre-vingt pulsations ; quarante-quatre inspirations par minute ; douleur vague de tout le côté droit de la poitrine, augmentant par la percussion et les fortes inspirations ; toux grasse sans expectoration ; expansion faible à droite ; quelques bulles de râle sous-crépitant, qui deviennent fines et sèches à la partie antérieure et latérale droite ; sonoréité normale ; à gauche, l'auscultation et la percussion ne fournissent que des signes négatifs. Du reste, l'intelligence est nette, les réponses sont justes, mais lentes ; la malade a de l'abattement, et se plaint d'une forte courbature. (Tartre stibié, cinq centigrammes, en deux prises *illicò*, mauve édulcorée ; julep gommeux ; diète.)

Deux vomissements abondants de matières porracées ont eu lieu à la suite de l'ingestion du tartre stibié ; du reste, pas de coliques, pas d'évacuations alvines. Le reste de la journée a été assez calme.

Le 9, face rosée ; peau de chaleur naturelle ; même état de la circulation que la veille ; la langue est humide et dépouillée d'une partie de son enduit ; la malade, qui jusqu'alors avait témoigné une grande répugnance pour les aliments, demande à manger ; le ventre est souple et indolent dans tous les points ; du côté des organes respiratoires, il s'est manifesté peu de changement ; même toux ; même accélération de la respiration ; mêmes signes stéthoscopiques que la veille. (Lavement émollient, le reste *ut suprà*, sauf le vomitif. Le 10 et le 11, la douleur de côté a disparu ; le râle crépitant est remplacé par du râle muqueux ; la peau est moite ; le pouls bat soixante-douze fois par minute ; la toux est moins fréquente ; l'expectoration toujours nulle. (On permet du lait.) Le 12, on administre 47 grammes de manne, qui donnent lieu à trois ou quatre évacuations.

Le 13, les voies digestives ne donnent plus aucun signe de souffrance ; la chaleur de la peau est naturelle ; le pouls bat soixante-trois fois par minute ; la respiration est descendue à vingt-quatre ; l'expansion pulmonaire est également franche à droite et à gauche. On prescrit un quart de portion. Les jours

suivants, l'amélioration se soutint. Cette jeune fille quitte l'hôpital, entièrement guérie, le 16 juin.

Dans ce cas, les symptômes qui caractérisent la fièvre bilieuse des auteurs étaient on ne peut plus tranchés; des vomissements eurent lieu dès le début, et furent vainement combattus par une application de sangsues, qui n'amena aucun soulagement. Si l'on en croit même le rapport des parents, l'état de la malade ne fit que s'aggraver sous l'influence de cette médication. La phlegmasie pulmonaire n'*était pas assez intense* pour réclamer l'emploi d'un traitement antiphlogistique énergique, on chercha à remplir l'indication culminante. Un grain de tartre stibié provoqua des vomissements qui furent suivis d'une prompte amélioration; les symptômes d'embarras gastrique disparurent, et la phlegmasie pulmonaire ne tarda pas à décroître. Un léger purgatif acheva la guérison.

La variété de pneumonie à laquelle s'appliquent, suivant les cas, les épithètes de partielle, lobulaire ou latente, semblerait généralement peu grave, considérée chez l'adulte. Laënnec dit, en effet, que, dans la plupart des circonstances, elle cède aux efforts de la nature et de l'art, et que, *sur plus de vingt cas* de pneumonies partielles terminées par suppuration, il n'a eu à regretter que la perte de deux malades. Cette maladie, presque endémique à l'hôpital des Enfants, est loin d'y offrir un tel caractère de bénignité. Les guérisons nous y ont toujours paru rares et la mort, au contraire, fréquente.

Du reste, de toutes les périodes de l'enfance, celle comprise depuis la naissance jusqu'à la seconde dentition semble, ainsi que l'ont prouvé plusieurs relevés statistiques, la plus fréqemment disposée à la phlegmasie du poumon; et toutes les variétés admises de pneumonies sont toujours partout très-graves chez les enfants, sans parler même de cette considération que, généralement, elles hâtent ou favorisent le développement des tubercules pulmonaires.

Les pneumonies secondaires, consécutives sont particulièrement très-communes et très-dangereuses chez les enfants; ce pronostic redouble même de gravité en ce qui concerne les hô-

pitaux. Sur quatre-vingt-un cas d'affections analogues, observés en 1837 à l'hôpital des Enfants, par MM. Rilliet et Barthez, soixante-dix-sept se sont terminés par la mort.

Quand la pneumonie débute d'une manière aiguë, et même quand elle ne s'insinue que d'une manière sourde, latente, ou qu'elle revêt une forme sub-aiguë, il faut la traiter très-activement, l'accord est unanime sur ce point entre la plupart des auteurs anciens et modernes ; il faut insister sur les antiphlogistiques, employer et répéter les évacuations sanguines (1),

(1) C'est particulièrement la phlébotomie que conseille Sydenham, dans la pneumonie et la pleurésie chez les enfants. Il la conseille non moins instamment dans ces affections compliquées de rougeole, et il assure *avoir sauvé, par ce moyen, un grand nombre d'enfants qui étaient prêts à étouffer*. (P. 181, 252, etc.)

Hujus morbi curatio in repetita venæ sectione ferè tota stat.

Per ipsum sectæ venæ orificium et pleuritidi fugam parans, et sanitati reditum. SYDENHAM.

M. Guersant et d'autres praticiens pensent également que la saignée générale est parfois, dans ces circonstances, spécialement avantageuse aussi chez les enfants. Son opportunité peut être en effet incontestable, mais il n'en est pas de même toujours à l'égard de la possibilité de son emploi.

Galien, Frank, pensaient qu'il fallait revenir à la saignée dans la pneumonie, toutes les fois qu'elle était indiquée. Pringle recommande au contraire, à tort, de ne plus ouvrir la veine dès l'instant que les crachats rouillés se montrent. Sydenham saignait trois fois en vingt-six heures dans le rhumatisme aigu. Riolan disait que quelque soit le danger, il ne fallait jamais tirer une quantité de sang supérieure à la moitié de la masse totale, qu'il évaluait à vingt ou trente livres. Silva pratiquait habituellement douze à quinze saignées dans la pleurésie. Hecquet dit qu'il a vu guérir des malades auxquels on avait retiré quatre-vingt livres de sang. M. Bouillaud, sans préjudice des saignées locales, saigne huit et quelquefois neuf fois dans la pneumonie : la quantité de sang extraite peut être évaluée à seize ou vingt palettes, c'est-à-dire à quatre ou cinq livres, quantité qui doit être enlevée dans l'espace de trois jours. (*Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, Paris, 1837, t. II, pag. 1 et suiv.)

C'est surtout dans les premiers jours de la maladie que la saignée produit d'heureux et irrécusables résultats. Mais l'on sait aussi que plus une affectation a nécessité d'évacuations sanguines, plus la con-

prescrire des boissons mucilagineuses, une diète absolue. A part la difficulté de trouver les veines du bras assez développées pour qu'il y ait possibilité d'employer la lancette, la saignée générale jette parfois les jeunes enfants dans un état de prostration et de débilité que la persistance de la maladie change trop aisément en une véritable agonie. Ainsi, chez les enfants faibles, delicats, d'un âge au-dessous de six ou huit ans, et généralement chez ceux où le défaut de développement des veines sous-cutanées ne permet pas de pratiquer la phlébotomie, il faut employer de préférence les saignées locales; et c'est encore à elles que l'on doit avoir recours quand l'état d'éréthisme a été abattu, la réaction, les forces générales affaiblies. Les sangsues ou les ventouses scarifiées seront dirigées sous les clavicules, au bas du sternum, mais de préférence vers les points du thorax où sera perçue quelque modification soit dans le bruit, soit dans le son de la poitrine.

Dans la deuxième période de la pneumonie, ou quand il importera de n'extraire qu'une quantité déterminée de sang, nous ferons souvent choix des ventouses scarifiées. Par leur moyen, en incisant profondément ou en effleurant seulement la peau, en maintenant écartées ou rapprochées, par la position, les lèvres de la plaie, en prolongeant ou non la succion de la ventouse, il est non-seulement possible de rendre faible ou abondante la perte du sang; mais, de ces diverses manières de procéder, peuvent résulter encore des effets révulsifs et dérivatifs très-précieux et très-profitables dans la période qui suit l'épisthénie. Les cataplasmes émollients, les fomentations de

valescence est longue et difficile, et quel est l'avantage de voir une pneumonite foudroyée par six ou dix saignées pratiquées *coup sur coup*, si une convalescence, pour ainsi dire boiteuse, se prolonge ensuite autant qu'une ou deux autres pneumonies; d'ailleurs, cette situation anxieuse est loin d'être un état supportable ou même exempt d'inconvénients et de gravité, car la prédisposition à une foule de maladies en est une conséquence spéciale. Du reste, nous avons déjà fourni et nous donnerons encore de suffisantes raisons pour motiver le rejet de la médecine des enfants, de ces moyens extrêmes.

même nature, l'application de corps gras sur les parois de la poitrine, d'une efficacité au moins douteuse dans la péripneumonie des adultes, sont, au contraire, des moyens dont on ne saurait se priver à l'égard des enfants. Ce n'est pas non plus sans utilité chez eux que l'on sollicite une révulsion légère, ou une dérivation vers les extrémités inférieures, en enveloppant les jambes et les pieds de cataplasmes chauds, que l'on peut recouvrir de laine et de taffetas gommé., saupoudrer de farine de moutarde.

Par la continuation pure et simple des boissons émollientes, du régime, enfin par le seul secours de la médecine dite expectante, on atteint fréquemment une parfaite guérison.

Mais comme, spécialement chez les enfants, les phlegmasies franches, quand la résolution n'en est pas prompte et complète, ont une grande tendance à passer à l'état subaigü (transformation fâcheuse, état morbide nouveau, long et rebelle), il faut favoriser, hâter même autant que possible la progression favorable, par l'emploi simple ou combiné avec les émollients et les émissions sanguines des moyens appelés résolutifs. C'est ainsi que les vésicatoires, appliqués, en temps opportun, sur les parois thorachiques, peuvent faciliter ou déterminer la disparition d'une pneumonie que la première médication avait jetée, pour ainsi dire, dans une sorte de position indécise. Les emplâtres résineux, ceux de ciguë (comme très-agglutinatifs) saupoudrés de tartre stibié, sont employés de la même manière et dans le but de favoriser de pareils résultats, que peuvent, d'ailleurs, contribuer à obtenir l'usage des boissons légèrement sudorifiques et expectorantes (kermès minéral, scille, ipécacuanha, etc., introduits dans des préparations gommeuses, édulcorées elles-mêmes avec le sirop de capillaire, de bourrache, de Tolu, d'ipécacuanha, composé, etc., etc.). Du reste, les moyens résolutifs employés trop tôt peuvent réveiller ou augmenter la réaction générale et l'irritation locale; employés trop tard quand la phlegmasie est passée à l'état chronique, leur efficacité devient alors plus rare, souvent douteuse.

Les excitants, les toniques sont indiqués quand une grande débilité a succédé à l'état sthénique; mais quoique la nature soit très-puissante chez les jeunes sujets, quoique leur résistance ait quelquefois lieu d'étonner, eu égard à leur faiblesse constitutionnelle; quoique enfin, et ainsi qu'on le dit d'une manière banale, les malades reviennent parfois à cet âge de loin, on n'est rien moins que certain de sauver toujours ceux en quelque sorte épuisés par la longueur et les progrès de la maladie, ou par l'abus d'une médecine trop énergiquement antiphlogistique. Dans de telles circonstances, les plaies produites par les emplâtres vésicants et celles résultant des scarifications de la lancette ou de la morsure des sangsues se gangrènent, et c'est là un sinistre pronostic.

L'expérience, le tact médical guideront, d'ailleurs, au lit des malades, dans l'emploi, la mesure, le choix et la combinaison des divers agents thérapeutiques, dont l'usage rationnel ne peut être indiqué ici que d'une manière approximative et générale.

Les antimoniaux doivent trouver quelques lignes, lorsqu'il s'agit de médicaments destinés à compléter la résolution des inflammations pulmonaires. Il ne peut être question de leur supériorité comparée à celle des émissions sanguines, car l'une de ces médications n'a pas le droit d'exclure l'autre; mais leur action peut concourir au même but, et leur combinaison être très-recommandable. Celles-ci sont particulièrement opportunes au début; l'indication de ceux-là se présente postérieurement, et l'on est fort heureux de les trouver dans les cas où les caractères des symptômes généraux et d'autes circonstances interdisent les saignées.

Parmi ces substances, l'oxide blanc d'antimoine, beaucoup trop vanté d'abord dans ces derniers temps, ne semble posséder, en définitive, qu'une très-faible vertu médicatrice. Constant a publié dans le *Bulletin thérapeutique* d'avril 1836, quelques considérations étayées de quatre observations, tendant à faire accueillir favorablement l'application de ce remède dans la pneumonie des enfants. Mais il faut l'avouer,

l'influence de cet agent thérapeutique est au moins équivoque dans tout ce qu'il expose. Une seule chose y parait conforme à l'action générale de cette classe de médicaments administrés d'après certaines règles; c'est la diminution des symptômes généraux, mais sans que la marche locale de l'affection paraisse en aucune façon enrayée ou modifiée avantageusement.

M. Baron qui, dans un temps, a beaucoup employé cette substance chez les enfants, pense qu'elle ne produit aucun effet. M. Andral la considère comme parfaitement inerte, et, du reste, il est peu partisan de l'émétique à haute dose dans la pneumonie; sa pratique ne lui ayant pas démontré que cette phlegmasie fut influencée d'une manière notable par cette médication.

Ce remède n'agit-il qu'en opérant une diversion du côté des organes digestifs? ou bien a-t-il une action directe, spéciale, sur les poumons, sur le cœur, sur le système circulatoire? Plusieurs des médicaments, pris dans la classe des *contre-stimulants*, et particulièrement le tartre stibié, paraîtraient susceptibles de réunir plus ou moins complètement, quoique parfois, à l'exclusion les uns des autres, ces diverses propriétés (1). L'émétique, par exemple, disons nous, peut révulser

(1) Il faut particulièrement, suivant la doctrine italienne, distinguer dans l'effet des médicaments une action *physico-chimique* qui ne va pas au-delà du lieu de leur application, et une action *dynamique* consécutive à l'assimilation, et se répendant sur toute la constitution. L'acide prussique concentré, par exemple, qu'on applique sur les parties vivantes, produit par son action physico-chimique une inflammation; mais aussitôt passée dans l'assimilation organique, il éteint la vie par son effet dynamique.

Quand l'on croit parfois révulser ou contre-irriter par tel ou tel médicament, il n'existe le plus souvent, suivant les médecins italiens, qu'une absorption du médicament employé, son passage dans le sang et un effet dynamique hypersthénisant ou hyposthénisant suivant la nature de l'agent employé.

Il peut y avoir, chez l'homme malade, un état d'asthénie, et dans ces cas, les médicaments stimulants ne peuvent produire des effets d'excitation qu'après avoir dissipé les phénomènes préexistants de faiblesse. De là résulte qu'au lieu d'exciter, le médicament est quelque-

sur la surface intestinale la phlegmasie pulmonaire; il peut exercer une action résolutive sur les poumons, ou enfin il peut agir d'une manière sédative sur le système circulatoire, sur la réaction générale et, consécutivement, sur la réaction locale. Les substances de cette classe sont donc, pour ainsi dire, des armes à plusieurs tranchants, et le danger de leur usage, leurs inconvénients proviennent de ce que l'on peut difficilement juger d'avance, du côté et de la manière dont elles frapperont, si leur direction n'aura lieu que dans un sens, ou si elles agiront sur plusieurs points. Nous avons vu plusieurs malades succomber malgré l'emploi de cette médication, et nous avons pareillement été témoins de plusieurs cas de guérisons évidemment obtenues sous l'influence bien marquée de ce remède. Généralement employé, il est vrai, dans une période avancée de la maladie et dans les cas extrêmes. En somme néanmoins, nous pensons que ses inconvénients dépassent ses avantages dans la médecine des enfants, et nous ne l'emploierons jamais qu'avec infiniment de réserve et de circonspection. Voici un des cas de succès dont nous parlions.

QUATRE-VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Glacier (Gratien), âgé de douze ans, entré le 14 février à l'hôpital des Enfants (salle Saint-Jean, n° 25), était malade depuis le 11 février. Ce jour, à la suite d'un refroidissement, il avait éprouvé des frissons, de la fièvre. Depuis il s'était manifesté de la toux, de la douleur vers le côté gauche de la poitrine, de l'oppression, des crachats sanglants; d'ailleurs, soif vive, et la nuit, agitation, insomnie. A son entrée, saignée de deux palettes. Le 15, pouls, cent douze pulsations par minute;

fois épuisé dans cette sorte d'élévation de la vitalité à son type normal. C'est en cela que réside le principe de la tolérance merveilleuse que l'on trouve pour des doses de médicaments, chez certains malades, doses qui produiraient inévitablement des désordres sérieux, ou même la mort, chez l'homme sain. Ce principe constitue la grande loi découverte par Rasori, sur la capacité de l'organisme, sur la tolérance pour les remèdes.

crachats écumeux, sanguinolents, peu visqueux; point de côté, respiration bronchique à gauche, à la hauteur de l'omoplate; matité complète en arrière, à gauche. En avant et à gauche on entendait la respiration, et la percussion était sonore. Il existait un peu de râle crépitant vers le creux de l'aisselle. (Saignée de huit onces, seize sangsues sur le point douloureux, mauve édulcorée.) Le 16, nouveaux progrès de la maladie; matité plus grande et plus étendue, toujours à gauche; respiration bronchique du même côté et jusque postérieurement; râle sous-crépitant. (Saignée de deux palettes.) Les 17 et 18, figure pâle; pouls, cent douze pulsations, faible, insomnie, mêmes symptômes locaux; pas de selle depuis le 15, pas de douleur au ventre. (Infusion de feuilles d'oranger, cent quatre-vingt grammes, tartre stibié, trente centigrammes, par cuillerées à bouche, d'heure en heure.) Dans la journée, vomissements, quatre selles; pouls, cent seize. Le 19. Pouls, cent huit pulsations plus développé; moins d'anxiété; douleur de côté également diminuée; sommeil; expansion pulmonaire moins obscure; pas d'expectoration; une selle (même prescription). Le 20, le malade avait dormi, l'expansion pulmonaire s'entendait, sans souffle tubaire, ni râle (tartre stibué 40 centigrammes dans la même quantité de véhicule). La tolérance fut établie. L'amélioration continua de jour en jour et la résolution s'opéra avec rapidité; quelques aliments légers furent bientôt prescrits et la guérison fut achevée le 4 mars.

M. le docteur Blache a publié, dans les *Archives de médecine*, quelques exemples nouveaux de succès obtenus par l'émétique à haute dose; ces observations intéressantes ont été recueillies dans le service de M. Guersant, qui, néanmoins, s'avoue assez peu partisan de cette méthode (1). Selon ce praticien, l'em-

(1) Dans les premières périodes de la pneumonie, chez les enfants, M. Baron a toujours donné la préférence aux émissions sanguines, et il n'a jamais employé, à cette époque de la maladie, l'émétique à dose rasorienne; plus tard, il a même peu usé de cette médication, et il avoue que, lorsqu'il y a eu recours, il n'a pas eu continuellement à s'en louer.

ploi du tartre stibié, dans la pneumonie, constitue un moyen très-débilitant, favorisant, d'une manière toute particulière, le passage de la maladie à l'état chronique, et surtout dangereux chez les enfants, par les complications si fréquentes, chez eux, de phlegmasies gastro-intestinales. C'est surtout dans les pneumonies subaiguës ou chroniques que conviennent les révulsifs, les expectorants, les excitants légers, les remèdes aptes à opérer, vers d'autres points de l'économie, une diversion avantageuse, ou à modifier directement et d'une manière favorable l'irritation principale. C'est ainsi que l'on pourra espérer d'heureux résultats de l'application de vésicatoires sur les membres ou sur quelque partie du tronc, de celle de cautères sur les parois thoraciques; que l'on prescrira avantageusement les décoctions de polygala, de serpentaire de Virginie; les eaux de Bonne, de Barèges, celles d'Enghien, administrées pures ou coupées avec le lait; les loochs, les potions béchiques avec addition de scille, de kermès minéral, d'ipécacuanha, etc.

Dans les cas de gangrène du poumon, le quinquina se trouve indiqué, et quoique sans beaucoup d'espoir, vu la gravité du cas.

La pneumonie compliquée exige un double traitement, et, bien que l'on soit parfois obligé de négliger l'une des affections concomitantes pour s'occuper plus particulièrement de celle qui offre le plus de gravité, il faut n'en délaisser absolument aucune, car cet aphorisme mal interprété, *que de deux maladies simultanément existantes, l'une plus intense emporte toujours l'autre*, serait d'une application fausse et dangereuse dans la médecine des enfants; les complications sont, en effet, très-communes à cet âge, et d'autant plus graves, que les phénomènes qui en sont les manifestations extérieures pâlissent ou s'effacent en raison directe du nombre de celles-ci, et sans que les progrès d'aucune s'en trouvent ralentis.

Les soins et les précautions que l'on peut conseiller, en traitant de la prophylaxie de la pneumonie, consistent à ne pas tenir les enfants trop chaudement, à éviter de les exposer à l'humidité et aux courants d'air, surtout après les avoir ren-

fermés à tort dans des appartements trop échauffés; enfin, à placer un exutoire au bras de ceux qui sont sujets à s'enrhumer.

Selon MM. Rufz et Gerhard, la pneumonie des enfants de deux à six ans est différente et beaucoup plus grave que celle qui atteint ceux d'un âge au-dessus. M. Burnet, dans son mémoire sur la pneumonie lobulaire, porte la disposition spéciale à cette maladie jusqu'à l'âge de dix ans; ce dont un des auteurs précédents le blâme, bien que cette opinion, moins absolue, moins exclusive, soit évidemment plus près de la vérité. Suivant encore les médecins cités en premier lieu, l'influence de cette affection sur la production des tubercule pulmonaires serait nulle, et cependant, parmi douze sujets observés par M. Gerhard, quatre avaient des tubercules dans les poumons, et cinq en présentaient parmi les onze cités par M. Rufz. Toujours, selon ces messieurs, le râle sous-crépitant, seul, serait celui que l'on percevrait pendant toute la durée de la maladie, tandis que le râle crépitant proprement dit serait très-rare. Assertion démentie par MM. Rilliet et Barthez (1), qui témoignent moins de confiance en l'auscultation, et surtout en la percussion, que M. Rufz. Antérieurement, M. Delaberge avait envisagé l'auscultation comme au moins inutile dans la pneumonie lobulaire, pendant laquelle, du reste, il déclare n'avoir jamais constaté de matité. D'autre part, l'utilité de l'auscultation, et surtout de la percussion, est admise par M. Valleix, bien qu'il regarde le sthétoscope comme inapplicable chez les enfants, à cause de leur indocilité, des mouvements qui en sont la cause et qui dérangent cet instrument. Ce médecin attache une grande importance au souffle bronchique et à la matité; ce qui, particulièrement sous ce dernier rapport, est conséquent avec sa manière de voir, qui diffère de celle de

(1) M. Taupin, dans ses recherches sur le diagnostic des maladies de poitrine chez les enfants (*Revue médicale*, décembre 1838 et janvier 1839), admet l'utilité de l'auscultation et de la percussion, et l'existence du râle crépitant.

Billard, au sujet de l'étendue de la pneumonie chez les enfants, que ce dernier observateur accuse d'être circonscrite; opinion partagée par MM. Delaberge et Burnet (1) (sur cinquante-deux autopsies faites par M. Delaberge, ce médecin constata en effet vingt fois l'existence de pneumonies lobulaires); tandis que M. Valleix pense que la pneumonie lobulaire n'est rien moins qu'aussi fréquente, car il ne l'aurait rencontrée que sur le quart des sujets soumis à son observation. Conséquemment encore avec ce qu'il a précédemment avancé, M. Valleix n'admet pas que la pneumonie soit ordinairement latente, loin de là, elle serait, selon lui, le plus souvent bien caractérisée : ce qui est en opposition avec l'avis des auteurs cités, qui croient presque à l'inutilité de l'auscultation et de la percussion, et notamment avec ce qu'a écrit M. Léger, qui s'est particulièrement attaché à démontrer que l'épithète de latente convenait spécialement à la pneumonie des enfants. Il résulterait du tableau publié par MM. Rilliet et Barthez, que de dix-huit mois à cinq ans, les pneumonies les plus communes sont celles qui sont lobulaires, simples ou généralisées (c'est-à-dire s'étendant à l'un et l'autre poumon). Passé ce dernier âge, au contraire, cette forme de l'inflammation pulmonaire est plus rare, et elle le devient d'autant plus, que les individus avancent davantage dans la vie.

M. Rufz annonce que sur plus de mille faits (nombre qui pourrait paraître un peu métaphorique) il n'a trouvé chez des enfants que onze cas de pneumonies franches. M. Gerhard n'en a pas recueilli d'observations. M. Valleix admet aussi la grande fréquence de la pneumonie compliquée; mais ainsi que les précédents auteurs, il ne nie pas l'existence de celle exempte de complications, dont MM. Rilliet et Barthez relatent trois observations.

(1) M. Burnet considère la pneumonie lobulaire si spécialement fréquente pendant l'enfance, que, selon lui, on ne l'observerait guère que dans les dix premières années de la vie.—*Journal hebdomadaire*, t. XX, p. 208.

MM. Léger, Gerhard, Rufz, prétendent que la pleuresie est une complication très-rare chez les très-jeunes enfants; que la pleurésie primitive n'existe pas chez les enfants de deux à cinq ans; mais M. Rufz ajoute que chez les enfants de six à quinze ans, la pleurésie est une complication si fréquente, que quelques auteurs ne désignent la pneumonie que sous le nom de pleuro-pneumonie. En réunissant ses observations à celles de M. Vernois, M. Valleix a trouvé que sur cent vingt-huit cas de pneumonie, il y en avait vingt-cinq (un cinquième) où l'inflammation de la plèvre s'était réunie à celle du poumon (1). Un cinquième est déjà quelque chose, et comme ce médecin a fait ses observations sur des sujets de sept à vingt jours, ses résultats sont en opposition avec ce qu'avaient dit les auteurs précédents. D'ailleurs Billard, dont l'opinion compte aussi, considère la pleurésie et la pleuro-pneumonie comme rien moins que rares chez les jeunes enfants; c'est aussi l'opinion de MM. Guersant et de M. Baron. (Voir à la description de la pleurésie.)

La complication fréquente de la bronchite, et surtout de la bronchite capillaire avec la pneumonie, et cette circonstance du passage fréquent de la bronchite des ramuscules bronchiques au tissu vésiculaire, à l'état de pneumonie, cette sorte d'extension, si concevable de la phlogose, a paru si rationnelle à quelques auteurs (et en particulier à M. Léger), qu'ils en ont fait le premier degré, ou du moins la cause immédiate de l'inflammation du tissu du poumon. M. Valleix dit, il est vrai, n'avoir pas trouvé plus de bronchites dans les cas de pneumonie lobulaire que dans les autres, mais il avoue que les faits qu'il possède ne sont pas assez nombreux pour être opposés à ceux rapportés, et qui ont une signification opposée. Ce qu'annoncent d'ailleurs, au sujet de la bronchite et de la pneumonie vésiculaire, MM. Rilliet et Barthez, avait déjà été dit par M. Guersant, à propos de la bronchite capillaire, et

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, Paris, 1838, pag. 62.

nous avions déjà parlé de la dissémination du pus dans les vésicules pulmonaires. Mais il y a presque unanimité de la part des auteurs que nous avons cités sur la prédominance (existant également chez les enfants) de la pneumonie droite et sur la fréquence chez eux de la pneumonie double : résultats que leurs différents rélevés tendent à confirmer. Selon M. Lombard (1), cette prédominance du côté droit aurait pour raison anatomique le volume plus considérable de la branche droite de l'artère pulmonaire, sa direction plus transversale. Les conséquences physiologiques seraient une abondance plus grande de sang pour le poumon de ce côté, et, par suite, une activité fonctionnelle plus grande, et partant une susceptibilité morbide également plus grande. On a aussi accusé, dans ce sens, le volume plus considérable du poumon droit.

L'état spécial des altérations organiques que laisse après elle la pneumonie lobulaire n'a pas manqué de fixer l'attention des observateurs. M. Léger a parlé d'une sorte de tissu, dense, flasque, foncé en couleur, sans traces de vésicules, ni granulations. Billard a pareillement reconnu celui-ci, et nous l'avons étudié et décrit jusqu'au degré de ramollissement, et même jusqu'à la formation des abcès du poumon (2). M. Delaberge admet

(1) *Archives de médecine*, t. XXV, p. 60.

(2) M. Grisolle nous prête l'opinion d'admettre la fréquence des abcès pulmonaires... M. Grisolle est complètement dans l'erreur.

Nous n'avons nullement avancé, en effet, que les abcès pulmonaires fussent fréquents, nous avons seulement dit qu'ils l'étaient davantage chez les jeunes péripneumoniques, parce que c'était surtout à la suite des pneumonies partielles que se formaient les collections purulentes, et que cette variété de pneumonie s'observait plus fréquemment pendant la première époque de la vie que pendant les suivantes; et d'ailleurs se trouvait en toutes lettres, même page 192 de notre première édition... *genre d'altération* (les abcès du poumon) *dont la fréquence n'est pas très-grande.*

Que si M. Grisolle nie (*Traité pratique de la pneumonie aux différents âges*, page 51), qu'il faille, ainsi *qu'on le dit généralement*, pour qu'une pneumonie se termine par la formation d'abcès, que l'inflammation soit bornée à un espace circonscrit, nous lui

contradictoirement, comme caractéristique, un aspect granuleux des tranches incisées. M. Rufz décrit de nouveau cette même altération de tissu, appelé par les uns tissu *splenisé*, par nous, *rénifié*, et que décrivent de nouveau aussi MM. Rilliet et Barthez, sous la dénomination de *carnisation*, déjà différemment employée par M. Denis.

Billard a surtout cherché à démontrer que la pneumonie des nouveau-nés n'était pas du tout semblable à celle des adultes. Au lieu, dit-il, de survenir d'une manière idiopathique, et, par suite, de l'irritation qui se développe dans le tissu pulmonaire, sous l'influence des causes atmosphériques, qui souvent provoquent chez nous cette maladie, la pneumonie des jeunes enfants est évidemment le résultat de la stase du sang dans les poumons; ce sang fait en quelque sorte l'office de corps étranger; il concourt lui-même à altérer le tissu du poumon avec lequel il se mêle, s'organise, s'identifie de manière à former l'hépatsiation. Pour prouver ce qu'il avance,

objecterons que lui-même avoue, page 44, n'avoir vu qu'une fois une collection purulente véritablement formée pendant la vie dans le tissu pulmonaire.... que, par conséquent, son expérience sur ce point ne peut contrebalancer l'opinion opposée de MM. Baron, Guersant et Laënnec lui-même, qui dit (*Traité de l'auscultation médiate*, 2e éd., pag. 409), avoir rencontré, en1823, plus de vingt pneumonies *partielles* terminées par abcès du poumon.

Quant *à l'accusation que porte contre nous* M. Grisolle, *d'avoir pris souvent* des tubercules ramollis pour des abcès du poumon, nous répondrons à ce sujet, qu'ayant cherché à établir qu'une grande analogie existait *parfois* entre les abcès du poumon et les collections purulentes provenant de la fonte des tubercules; nous avons dû exposer, même avec réserve, quelques-unes de nos observations où il était question de foyers de pus rencontrés dans le tissu pulmonaire, et laisser, pour ainsi dire, au lecteur la liberté de prendre parti.

Ce nonobstant nous pensons que dans nos observations 69, 70, 73 et même 89, il s'agissait bien véritablement de pneumonies partielles terminées par abcès pulmonaires, et nous doutons que si M. Grisolle eût été appelé à donner consciencieusement son avis sur ce fait, il eût pu plausiblement établir le contraire.

Billard se contente d'ajouter que la pneumonie succède toujours à l'engouement pulmonaire; que cet engouement étant plus fréquent à droite, et même au bord postérieur des poumons, la pneumonie se présente aussi beaucoup plus souvent à droite; que, par conséquent, la cause de l'inflammation est toute mécanique, et qu'on ne doit pas s'étonner si la pneumonie est ordinairement circonscrite et se trouve presque toujours bornée au point primitivement engorgé. Billard ne donne pas d'autre preuve de cette stase du sang, que celle qu'il tire du décubitus des enfants. M. Valleix répond à cela, que les vingt-deux enfants dont M. Vernois a recueilli l'histoire, ont été couchés indifféremment sur les deux côtés, et que la pneumonie qui fut toujours double, débuta seize fois à droite et six fois seulement à gauche.

Nous ne saurions non plus goûter la distinction de pneumonie lobulaire passive admise par quelques auteurs précédemment cités, et basée sur la coloration spéciale et l'état de flaccidité des lésions anatomiques. Dans ces circonstances, en effet, les symptômes ne présentent rien de régulièrement particulier; ils sont en général les mêmes; ils sont également *actifs*, et si certaines portions du tissu pulmonaire apparaissent, à l'autopsie, d'un rouge foncé et violet, si elles sont flasques, elles sont en même temps denses, serrées, résistantes, et ne se déchirent pas sous la pression du doigt, comme le tissu du poumon passivement ou cadavériquement engoué; elles offrent, en un mot, tous les caractères assignés à ce que l'on a depuis long-temps appelé, à tort ou à raison, *splenisation*, genre d'altération pathologique qui n'est pas classé parmi les lésions hyposthéniques.

M. A. Becquerel, dans un mémoire ayant pour titre : *De l'influence des émissions sanguines et des vésicatoires dans la pneumonie simple ou compliquée des enfants* (1), arrive aux conclusions suivantes, dont quelques-unes ont déjà été produites, et un certain nombre d'ailleurs plus ou moins contestables.

(1) *Archives de médecine*, avril, 1839.

1° La pneumonie survient rarement chez les enfants dans un état parfait de santé;

2° Elle se développe le plus souvent chez de jeunes sujets affaiblis par des maladies antérieures ou élevés au milieu de circonstances hygiéniques défavorables;

3° Elle se produit encore sous l'influence directe des maladies aiguës dont le caractère est adynamique et spécifique;

4° L'état général de l'économie, ou la nature des maladies qui se compliquent de pneumonie, fait prévoir le peu d'influence des émissions sanguines;

5° L'âge a une grande influence sur la gravité de la pneumonie et sur son traitement. En étudiant les pneumonies simples en apparence, nous avons vu celles-là seules qui avaient débuté chez les enfants au-dessus de cinq ans et en bonne santé, être suivies de guérison; au-dessous de cinq ans, la pneumonie est plus fréquente et plus grave;

6° Les pneumonies compliquant la rougeole sont le plus souvent mortelles. Il faut regarder comme probable que les émissions sanguines, générales ou locales, employées chez les enfants affectés de pneumonies, ont pour résultat presque constant de débiliter l'organisme et d'accélérer la terminaison fatale de la maladie.

L'utilité des évacuations sanguines dans le traitement de la pneumonie des enfants, est aussi mise en doute par MM. Rilliet et Barthez; ils blâment de même, ainsi que l'avait fait M. Delaberge, l'usage des révulsifs cutanés, quoique les résultats avantageux de ces moyens aient été constatés par les auteurs précédemment nommés; ils leur préfèrent enfin les révulsifs internes puissants, le tartre stibié, par exemple, considéré, au contraire, comme fréquemment dangereux par leurs devanciers. M. Valleix n'a vu, dans un certain nombre d'observations qui lui sont passées sous les yeux, à l'hôpital des Enfants-Trouvés, aucun bon effet de l'emploi soit des sangsues, soit de l'ipécacuanha, soit de l'émétique, soit de l'oxyde blanc d'antimoine, soit enfin des vésicatoires; il attribue ces tristes résultats au vice des soins hygiéniques, au man-

que de soins maternels. Ceci vient à l'appui de ce que nous avons dit précédemment au sujet des résultats thérapeutiques recueillis dans les hôpitaux (1). Du reste, c'est sur l'emploi des saignées et du tartre stibié que, d'après M. Valleix, paraîtrait devoir être basé le traitement de la maladie en question.

Nonobstant ce conflit d'opinions, ce qui paraît, en résumé, de plus notoire, c'est l'existence, chez les enfants, du râle crépitant dans la bronchite capillaire, son égale existence dans la pneumonie; la plus grande fréquence du râle sous-crépitant, mais la possibilité de la présence de tous les autres râles; c'est l'utilité assez fréquente, quoique non absolue, de l'auscultation et de la percussion; c'est l'absence habituelle de l'expectoration; c'est la particularité des altérations anatomiques du poumon, fréquente aussi, mais non absolument constante; c'est enfin, pour la thérapeutique, les avantages réels des évacuations sanguines et des révulsifs cutanés.

Car, en définitive, et malgré les préventions défavorables soulevées à l'égard des saignées locales et des vésicatoires apposés sur les parois de la poitrine, nous n'en maintenons pas moins ce qu'au contraire nous avons dit sur les bons effets de cette médication, dirigée avec convenance et opportunité; nous le maintenons malgré la récente proscription lancée particulièrement contre ce dernier moyen, par M. le docteur Louis (2); nous le maintenons, enfin, parce que nous avons maintes fois vu ces mêmes moyens réussir, soit en d'autres mains, soit dans les nôtres.

APOPLEXIE PULMONAIRE.

Le catarrhe suffocant sanguin, qu'on peut reconnaître à l'inspection du visage, qui est fortement coloré, est, pour le poumon, ce que l'apoplexie sanguine est pour le cerveau, dit le docteur Gardien (3). Ces dénominations s'appliquent évidemment à l'accident hémorrhagique désigné par Laënnec, sous le nom

(1) Voir pag. 3.

(2) *Recherches sur les effets de la saignée*, Paris, 1835, in-8.

(3) *Traité d'accouchement et des maladies des femmes et des enfants*, première édit., pag. 558.

d'*apoplexie pulmonaire*. Son signe principal pendant la vie, est une hémoptysie plus ou moins abondante et le caractère anatomique qui la distingue est l'engorgement hémoptoïque; il faut y joindre comme symptômes accessoires, les phénomènes généraux qui accompagnent les hémorrhagies; à l'auscultation souvent du râle crépitant, à la percussion le plus ordinairement point de matité, à moins que l'engorgement ne soit très-étendu, ce qui est très-rare. Nous sommes tentés d'ajouter encore au cortége de l'apoplexie pulmonaire l'emphysème pulmonaire et le pneumo-thorax; résultats possibles, mais rares de la déchirure du tissu du poumon, dont nous ne croyons pas que Laënnec ait parlé, et dont il nous semble avoir constaté le fait dans notre pratique médicale. La lésion semble devoir alors s'être opérée vers la périphérie de l'organe pour déterminer ces incidents consécutifs. Dans l'observation dont nous avons été témoins, il s'agissait d'un homme de soixante ans, robuste, replet, sujet aux congestions cérébrales, pris tout-à-coup de crachement de sang assez abondant, successivement rutilant, noirâtre et par petits caillots, avec dyspnée et particulièrement augmentation considérable dans la résonnance de la partie antérieure et gauche du thorax. Il y avait en outre absence d'expansion pulmonaire vers la même région, et bruit de crépitation lointaine vers le creux axillaire. Sous l'influence des évacuations sanguines et des dérivatifs, tous ces accidents diparurent au bout d'une huitaine de jours.

La congestion pulmonaire précède plutôt la pneumonie qu'elle ne tend à produire l'hémorrhagie ou l'apoplexie pulmonaire chez les enfants.

QUATRE-VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Dépression du thorax. — Beaucoup d'oppression. — Râle crépitant à gauche. — Teinte vineuse de la muqueuse des bronches. — Congestion pulmonaire.

Guillemin (Jules), âgé de deux ans et demi, fut apporté à l'hôpital des Enfants, le 20 mars 1827. Cet enfant avait les jambes grêles, faibles; le thorax déprimé latéralement sans

déviation du rachis ; il ne parlait pas. On apprit qu'il toussait depuis un mois ; que, depuis quatre jours seulement, il était tombé plus gravement malade, toussait beaucoup, *et manquait souvent d'étouffer*. A la visite du 21. Pouls, cent trente-deux pulsations par minute ; chaleur de la peau naturelle ; respiration plaintive, fréquente (soixante inspirations par minute) ; anxiété ; oppression très-grande ; toux fréquente ; râle crépitant à grosses bulles, en arrière et surtout à droite ; la poitrine résonne également bien des deux côtés. Le 22, anxiété très-grande ; respiration abdominale ; figure violacée. Mort.

Autopsie le 23. *Tête* : Vaisseaux de la superficie des hémisphères peu injectés. Arachnoïde transparente et humide ; substance blanche un peu piquetée, consistance ordinaire ; une once environ de sérosité transparente se trouve dans les ventricules du cerveau.

Thorax : La membrane muqueuse qui tapisse les voies aériennes présente partout une coloration vineuse ; elle n'est point ramollie. Les ganglions bronchiques sont un peu tuméfiés et rouges. Les deux poumons, ni hépatisés, ni même engoués, sont gorgés cependant d'une grande quantité de sang ; leur tissu est rouge, mais partout crépitant, partout très-perméable à l'air : cette congestion sanguine est encore plus prononcée dans le lobe inférieur droit. Il existe très-peu de sérosité transparente dans le péricarde. Les cavités droites du cœur contiennent des caillots de sang. La surface interne des gros vaisseaux est pâle, et, du reste, aucune lésion ne se remarque dans les autres organes.

Laënnec, tout en déclarant que l'apoplexie pulmonaire était inconnue avant lui, avoue néanmoins qu'un cas très-remarquable de cette espèce a été relaté par Haller et un autre par Corvisart.

Du reste cette affection, cet accident hypérémique est très-rare chez les enfants ; M. Gardien est aussi parfaitement de cet avis. Mais il n'en est pas moins vrai que cet auteur avait reconnu dès 1807, date la première édition de son ouvrage, la maladie qui peut résulter d'un raptus subit du sang vers les poumons ;

qu'il avait même songé à la dénomination d'apoplexie pulmonaire, tout en préférant celle de catarrhe suffocant sanguin; qu'enfin il connaissait les lésions cadavériques qui s'y rapportent, puisqu'il cite celles rencontrées par Morgagni, Wepfer et Th. Bonet.

Un excellent observateur, trop tôt ravi à la science, le docteur Constant, fréquemment cité dans le courant de cet ouvrage, avait aussi reconnu la rareté de l'apoplexie pulmonaire dans l'enfance. L exemple qu'il a publié et que nous allons reproduire a trait à un enfant âgé de *treize ans*.

QUATRE-VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

Scarlatine. — OEdème consécutif. — Hémoptysie abondante. — Variole. — Diarrhée opiniâtre. — Mort. — Noyau apoplectique du lobe supérieur du poumon droit. — Altération des reins. — État sain du canal intestinal.

Clémentine Scellier, bonne d'enfants, âgée de treize ans, forte constitution, non vaccinée, arrivée à Paris depuis quinze jours, contracta la scarlatine d'un enfant dont on lui avait confié la garde. Cet exanthème accompagné d'une angine assez intense et d'une éruption miliaire, parcourut régulièrement sa marche. Entrée à l'hôpital le 31 mai, la malade en sortit le 12 juin, au moment où avait lieu la desquamation de l'épiderme. Elle était affectée au moment de sa sortie d'une diarrhée qui céda deux jours après. Les jours suivans il survint de l'œdème à la face et aux membres; ce qui n'empêcha pas la malade de se livrer à ses occupations habituelles. Le 17 juin elle fut prise d'une hémoptysie abondante; un verre de sang écumeux et rutilant fut rendu par l'expectoration dans l'espace de quelques minutes; la malade ressentit en même temps un frisson violent et une douleur du côté droit de la poitrine, l'hémoptysie persista le lendemain, mais plus abondante que la veille.

Transportée à l'hôpital dans la journée du 18, on lui pratique à son arrivée une large saignée du bras; le caillot ne se recouvre que d'une couenne très-mince. Le 19, à la visite du matin, décubitus dorsal; infiltration séreuse de la face et des

paupières ; peau de chaleur médiocre; desquamation de l'épiderme sur les membres; cent trente-deux pulsations régulières peu développées; dyspnée intense; quarante-huit inspirations; parole entrecoupée; toux grasse, suivie de l'expectoration de crachats, les uns muqueux, les autres formés de sang pur; tout le côté droit de la poitrine est endolori; la respiration est pure à gauche; l'expansion est moins franche à droite, où l'on entend un souffle tubaire douteux vers le sommet; la sonoréité de la poitrine est normale; langue couverte d'un enduit jaunâtre; pas de nausées ni de vomissements; endolorissement du ventre, trois ou quatre selles liquides en vingt-quatre heures; du reste, pas de céphalalgie, intelligence intacte. (*Mauve édulcorée, saignée du bras de huit onces: cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.*) Le 20, cinquante-six inspirations courtes, saccadées, inégales, accompagnées de dilatation des ailes du nez; cent vingt-quatre pulsations régulières, molles, facilement dépressibles; peau de chaleur âcre mordicante; infiltration plus considérable de la face; toux avec expectoration de quelques crachats sanglants; douleur de ventre et diarrhée; l'auscultation et la percussion du thorax fournissent les mêmes résultats que la veille. (*Mauve, julep gommeux, quinze grains d'oxyde blanc d'antimoine.*) Le 21, la fièvre est plus intense; la respiration plus gênée; insomnie; agitation; quelques soubresauts des tendons; l'expectoration sanglante persiste; deux vomissements ont lieu; anxiété épigastrique; céphalalgie. (*Cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.*) Le 22, apparition de quelques points acuminés d'une teinte rosée sur la face, le tronc et les membres; le pouls est descendu de cent trente-deux à cent vingt; les vomissements ont cessé; la diarrhée persiste; la respiration reste accélérée; on compte quarante inspirations par minute; le crachoir contient encore quelques crachats formés de sang pur noirâtre, la douleur de côté est circonscrite à l'hypochondre droit. (*Riz gommé*). Le 23, l'éruption variolique reste à l'état papuleux, elle est toujours pâle; l'expectoration est toujours sanglante; l'orthopnée et l'anxiété persistent ainsi que la douleur de côté,

l'auscultation et la percussion ne fournissent que des signes négatifs; on n'entend qu'un léger râle muqueux à droite et à gauche. (*Même prescription, plus deux demi-lavements d'amidon.*) Le 25, quelques pustules ombiliquées apparaissent à la face; elles sont pâles, saillantes, entièrement dépourvues d'auréole; sur les membres l'éruption est très-irrégulière; on aperçoit à côté des vésicules ombiliquées des papules naissantes; la douleur de côté persiste; les crachats sont rouillés, visqueux et demi-transparents; râle crépitant dans le lobe inférieur droit; respiration pure à gauche; pas de modification notable de la sonoréité des parois thorachiques; toux assez fréquente; raucité de la voix; langue couverte d'un enduit jaunâtre; soif vive; météorisme du ventre; cinq à six selles avec ténesme; peau chaude; pouls à cent vingt-huit. (*Oxyde blanc d'antimoine un scrupule dans un julep gommeux.*) Les 26 et 27, l'éruption marche lentement; même trouble des fonctions respiratoires et digestives; douleur de gorge; quelques pustules occupent les amygdales et le voile du palais. (*Même prescription.*) Le 28, l'éruption variolique est en pleine suppuration; les pustules sont aplaties, peu nombreuses; la peau qui les entoure est pâle; la douleur de côté a cessé; souffle tubaire et bronchophonie au niveau du lobe inférieur droit; on continue l'oxyde blanc d'antimoine et les lavements émollients. Le 4 juillet, la face est pâle et amaigrie; la voix altérée; la diarrhée est moins intense; quelques vomissements ont lieu; la fièvre et la gêne de la respiration persistent; cent trente-deux pulsations régulières, assez développées; quarante-quatre inspirations; les pustules ne se dessèchent pas, elles ne présentent pas de teinte jaunâtre; le pus qu'elles contiennent se coagule; leur enveloppe se ride; agitation; insomnie. (*Vésicatoires aux jambes.*)

Cet ensemble de symptômes persiste et s'accompagne d'un dépérissement progressif jusqu'à la mort qui a lieu le 11 juillet.

Nécropsie vingt heures après la mort. Etat extérieur. Marasme; nulle rigidité cadavérique; les pustules sont transformées en croûtes blanchâtres ou jaunâtres; la desquamation n'a pas eu lieu.

Poitrine. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère sont pâles, ainsi que les bronches à leur origine; le poumon gauche ne présente pas d'adhérences; son tissu est perméable à l'air dans toute son étendue; fausses membranes récentes de toute la plèvre diaphragmatique et du tiers inférieur de la plèvre costale du coté droit; le tiers inférieur et postérieur du lobe supérieur est transformé en une masse d'un noir de jais, dont la densité et la frangibilité contrastent avec l'état parfaitement sain de la partie antérieure; le lobe moyen est sain, mélangé d'hépatisation rouge et grise du lobe inférieur; le cœur égale le volume du poing du sujet; son tissu est mou, flasque, d'un jaune paille; quelques ecchymoses existent à la surface interne de ses cavités.

Abdomen. L'estomac offre une très-grande capacité; sa muqueuse est mamelonnée dans toute son étendue, et présente une teinte ardoisée dans la grande courbure; pâleur générale sans ramollissement de toute la muqueuse intestinale; quelques ecchymoses vers la fin du colon; ponctué noir des follicules agminés et isolés, qui n'offrent ni saillie anormale, ni ulcération. Les reins ont à peu près le double de leur volume ordinaire; leur enveloppe se détache avec la plus grande facilité; lorsqu'on les a divisés, on aperçoit la substance corticale complètement décolorée et contrastant avec la substance tubuleuse d'un rouge vif; la surface externe du rein offre l'aspect du foie qui a subi la dégénérescence graisseuse; un litre environ de sérosité dans la cavité du péritoine.

Tête. Infiltration considérable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères; pas d'épanchement dans les ventricules, ni dans la grande cavité de l'arachnoïde; pas de ramollissement ou d'injection de la substance cérébrale, dont les méninges se détachent avec facilité.

Essayons de faire ressortir les principales circonstances de cette observation. Nous avons peu insisté sur les prodrômes et sur la marche de la scarlatine, qui n'a rien offert de remarquable. La malade sortit de l'hôpital en pleine convalescence. L'œdème qui se manifesta quelques jours après la sortie, et

qui persistait au moment où la malade fut soumise à notre observation, est un de ces accidents qui s'observent fréquemment à la suite de cet exanthème; il est, dans le plus grand nombre des cas, lié à un état morbide des reins, sur lequel les médecins anglais ont appelé récemment l'attention des pathologistes. Dans le cas actuel, les reins ont offert de notables modifications sous le rapport de leur volume, de la consistance et de la coloration de leur tissu. Par des circonstances indépendantes de notre volonté, les urines n'ont pu être analysées. Il est très-problable que par l'emploi des réactifs on y eût démontré la présence d'une certaine quantité d'albumine.

Quant à l'hémoptysie grave qui s'est manifestée quelques jours après la disparition de la scarlatine, c'est un accident qu'on observe rarement chez les enfants, même pendant le cours de la phthisie pulmonaire. Rien ne portait à croire que l'hémoptisie fût dans ce cas symptômatique d'une affection tuberculeuse. Cette jeune fille était forte, bien constituée, n'avait jamais toussé; elle était issue de parents sains; rien n'indiquait chez elle la présence de tubercules. L'expectoration sanglante persista pendant quelques jours; la poitrine fut soigneusement auscultée, et l'absence des signes propres à caractériser l'inflammation du parenchyme pulmonaire nous porta à rattacher l'hémoptysie à une apoplexie du poumon. Le seul signe qu'il nous fut permis de constater, c'est une diminution du bruit d'expansion pulmonaire et un souffle tubaire auquel nous ajoutâmes l'épithète de *douteux*, celui-ci n'étant perceptible que pour quelques-uns des médecins qui observaient la malade avec nous; et ici la nécropsie a confirmé nos soupçons sur l'existence d'un noyau apoplectique dans le lobe supérieur droit.

Quelques jours après, de nouveaux symptômes se manifestèrent du côté de la poitrine. La douleur, qui jusque-là avait siégé dans la région sternale et dans toute l'étendue du côté droit, devint bornée à l'hypochondre du même côté. Cette douleur, jointe à une anxiété et à une dyspnée extrêmes, nous parut liée à une inflammation de la plèvre diaphragmatique

droite. En même temps que la plèvre donnait des signes de souffrance, le poumon droit devint aussi le siége d'une inflammation que révélèrent l'auscultation et la percussion du thorax; il ne nous fut plus possible d'en suivre les progrès, la malade n'ayant pu être auscultée dans les derniers jours de sa vie. L'hépatisation rouge et grise des deux tiers inférieurs du lobe inférieur droit a été constatée à l'ouverture du cadavre.

La variole, survenue dans des circonstances aussi défavorables, ne parcourut sa marche que d'une manière lente et irrégulière. Deux causes surtout s'opposaient à la marche de cette éruption; d'une part, la peau venait d'être le siége d'un exanthème qui en avait modifié les fonctions, et l'observation a appris que lorsque deux éruptions se succèdent, la dernière ne se développe le plus souvent que d'une manière incomplète, et ne parcourt que difficilement ses différentes périodes; d'autre part, les phlegmasies internes dont la malade était affectée au moment de l'invasion, troublaient aussi la marche de la variole. Il nous reste à signaler un autre groupe de symptômes qui se manifestèrent du côté des voies digestives. Une diarrhée abondante existait au moment de l'invasion de la variole; elle persista jusqu'à la mort. Le traitement antiphlogistique fut tout-à-fait impuissant contre ce flux diarrhéique, qui, ainsi que l'a démontré la nécropsie, n'était lié à aucune altération de texture appréciable de la muqueuse intestinale.

Mais ce que nous avons dit de la rareté de l'apoplexie pulmonaire dans l'enfance ne concerne pas les nouveau-nés. Ce genre d'affection serait au contraire plus commun chez eux que chez les adultes, selon Billard (1). Ce qui s'expliquerait, ajoute-t-il, par la fréquence des congestions du poumon à cette époque de la vie.

Cette maladie, qui consiste dans un épanchement de sang circonscrit au milieu du tissu du poumon, a été observée et décrite depuis Laënnec, par MM. Gendrin, Bouillaud, Cruveilhier (2), etc. M. Denis de Commercy en a également parlé dans

(1) *Loc. cit.*, pag. 558.

(2) *Anatomie pathologique du corps humain*, livraisons, 3, 29.

son ouvrage sur les affections des nouveau-nés. Billard en rapporte deux observations relatives à de jeunes enfants dont l'un était âgé de trois jours et l'autre de deux; l'un et l'autre étaient ictériques, leurs cris étaient étouffés, leurs figures bouffies, et chez le dernier la dyspnée était grande, les battements du cœur irréguliers et la matité du thorax générale. Chez le premier il existait dans le poumon gauche trois petits épanchements sanguins bien circonscrits ; le sang qui les composait était pris en masse, et à la circonférence le tissu pulmonaire était dur et hépatisé. Chez l'autre il existait dans le poumon droit une grande quantité de sang épanché par grumeaux disséminés et séparés par des intervalles où le tissu du poumon ne crépitait pas, et ne paraissait pas par conséquent s'être laissé pénétrer par l'air. Chez un troisième enfant, âgé de 10 jours, et qui présentait les mêmes symptômes, le poumon droit offrait à son centre deux larges foyers de sang noirâtre et très-liquide, autour desquels le tissu du poumon commençait à se ramollir (1).

Enfin M. Ollivier d'Angers cite en note, dans l'ouvrage de Billard, un cas d'apoplexie pulmonaire double, observé par lui chez un enfant nouvellement né. L'infiltration sanguine noirâtre molle, occupait toute l'épaisseur du tissu des poumons ; elle avait probablement eu lieu pendant le travail de l'accouchement ou peu avant.

Ainsi que le dit Billard, la première indication à remplir est de soustraire du sang, et il conseille de placer une ou deux sangsues derrière chaque aisselle. Quant aux autres moyens à suivre et qui doivent seconder l'effet de l'évacuation sanguine, ils se trouvent indiqués dans l'exposition du traitement de la pneumonie.

(1) L'hémoptysie qui est, chez les adultes, un des symptômes les plus constants de la maladie en question, est encore rare, même en ces circonstances, chez les enfants. Billard dit *que quelquefois* une expulsion de mucosités sanglantes a lieu par la bouche.

II.

DE LA PLEURÉSIE.

« La pleurésie, dit Billard (1), est beaucoup plus commune qu'on ne pourrait le croire chez les nouveau-nés; elle se développe souvent sans que le poumon participe à son inflammation. » Enfin, selon ce médecin, plusieurs enfants ont succombé sous ses yeux à cette maladie et presqu'en naissant.

La pleurésie simple se rencontre également chez les enfants plus âgés, bien qu'elle soit moins fréquente que la pneumonie et que la pleuro-pneumonie. La toux et l'existence de quelque râle témoignent dans un assez grand nombre de pleurésies *simples*, de la présence au moins d'une irritation concomitante plus ou moins intense, directe ou sympathique du côté des bronches (2). Non-seulement la pleuro-pneumonie n'est pas rare chez les enfants de six ans et au-dessous, ainsi que l'ont assuré quelques médecins qui mettent presque en doute alors l'existence de la pleurésie isolée; mais cette dernière même se rencontre indubitablement aussi à cette époque de la vie. Cette opinion est aussi celle d'un praticien dont personne ne contestera l'expérience, le savoir et le bon jugement, de M. Guersant, qui, tout récemment, l'émettait encore devant moi en m'aidant de ses conseils pour mon enfant, à peine âgé de six ans, et également affecté d'une pleurésie sub-aiguë, simple, latente. Pour certains auteurs qui écrivent l'histoire des maladies dans les amphithéâtres, la pleurésie paraît, en effet, exclusivement peu commune dans la première enfance; mais c'est parce qu'elle y est moins fréquemment mortelle que la pleuro-pneumonie, et surtout que la pneumonie. L'on peut invoquer, à cet égard, le témoignage de tous les praticiens.... Combien de fois ne rencontre-t-on pas chez de jeunes sujets, et particulièrement à la suite des fièvres

(1) *Traité des maladies des Enfants*, p. 545.

(2) Cruveilhier, art. PLEURÉSIE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. 13, pag. 284.

éruptives, la poitrine pleine d'un côté, comme on le dit vulgairement; matité que, le plus souvent, on est surpris de trouver, parce que sa cause s'est produite sourdement; matité existant plus spécialement vers la base du poumon; parfois sans autre symptôme concomitant; parfois accompagnée d'un peu de faiblesse dans l'expansion pulmonaire; parfois d'un peu de souffle bronchique, tenant à la compression du poumon; parfois d'égophonie, quoique plus rarement; matité, enfin, due à un épanchement ou à des exsudations plastiques,... et en définitive affection que décèle à peine, dans beaucoup de cas, un peu d'essoufflement, même sans toux, une faible altération dans l'état général de la santé, un peu de langueur et de tristesse, moins d'appétit, de la fatigue, de l'abattement dans les traits, une sorte d'étiolement, à peine quelques pulsations de plus et le manque de résonnance du thorax, qui est le phénomène le plus tranché.

Chez les enfants, la pleurésie est plutôt sub-aiguë, moins souvent aiguë et quelquefois chronique. Son invasion et sa marche sont fréquemment latentes; il est rare que l'auscultation soit de quelque secours pour le diagnostic de cette maladie, aux environs de la première enfance. Les criailleries des jeunes malades, leur indocilité, la difficulté de les faire parler à volonté, la résonnance naturelle de la voix, très-grande chez eux, son timbre naturellement aigre, son chevrotement, pour ainsi dire, normal pendant les accès fréquents de leur mauvaise humeur, rendent, en ces circonstances, l'*égophonie* (1) un phèmomène rare tout à la fois et difficile à bien reconnaître.

(1) La bronchophonie-égophonique est peut-être un peu moins rare et moins difficile à reconnaître.

L'égophonie ne se rencontre quelquefois que dans la prononciation de certains mots. Un épanchement faible n'y donne pas lieu, un épanchement très-abondant non plus, il faut qu'il soit moyen. Fréquemment dans ces dernières circonstances il se joint aussi de la bronchophonie. (Andral, *Cours de pathologie.*)

M. Reynaud indique encore comme moyen de reconnaître les épanchements pleuretiques une absence plus ou moins complète des vibra-

La douleur de côté occasione des trémoussements et des cris continuels de la part des jeunes enfants; elle n'est point distinctement accusée et exprimée. Mais cette douleur même, dont seuls peuvent rendre compte ceux plus âgés, de trois à six ans et au-delà, par exemple; existe véritablement bien moins fréquemment, en général, dans l'enfance qu'aux âges suivants (1). Quand il y a empyème, le côté correspondant du thorax est *mat*, ou moins sonore que l'autre, et la gêne de la respiration très-grande, surtout quand l'épanchement pleurétique est double : ce qui, pour le remarquer en passant, est beaucoup plus rare. La dyspnée revient quelquefois par accès. En résumé, quand il n'y a que peu ou point d'épanchement, le diagnostic est très-obscur. Quand l'épanchement est ancien et considérable, ainsi que les choses se passent chez l'adulte et le vieillard, le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale, il est atrophié, il y a dilatation du côté malade, etc., etc... La *succussion* de la poitrine peut alors, parfois, faire percevoir le bruit occasioné par le choc du flot du liquide épanché. S'il y a en même temps réunion d'air et d'un liquide, le *tintement métallique* pourra être entendu, ce qui n'a pas toujours lieu non plus. (Voir l'observation de pneumo-thorax, un peu plus loin.) Mais, nous le répétons, ces signes sont subordonnés à tout ce que nous avons exposé précédemment et à des conditions qui sont loin de se trouver toujours réunies.

Il y a des pleurésies qui sont chroniques dès le début, et cer-

tions des parois thoraciques sensible à la main du côté où existe l'empyème, mais quand le malade parle ou crie.

M. Taupin (*Recherches sur le diagnostic des maladies de poitrine chez les enfants*) attribue la rareté de l'égophonie dans l'enfance à ce que les pleurésies sont partielles et circonscrites.

(1) La douleur fixe et pongitive que l'on regarde comme le symptôme le plus essentiel de la pleurésie, n'est rien moins que ce que l'on pense. Je l'ai vu manquer dans l'état aigu comme dans l'état chronique ; il m'a même semblé que les pleurésie les plus vastes étaient les plus dépourvues de point douloureux fixe. (Broussais, *Hist. des plegm. chron.*, pag. 218.)

taines méritent cette épithète, sous le rapport de la pâleur ou de l'absence des manifestations symptômatique et plutôt celle de latentes ou subaiguës par le fait de la rapidité encore assez grande de leur marche; il y a alors pas ou peu de fièvre, et l'épanchement se fait sourdement.

La pleurodynie est, il est vrai, sans fièvre; mais chez elle l'endolorissement du côté augmente par la pression. Cette affection devrait être très-obscure vers les premières époques de la vie. Elle est, du reste, très-rare dans l'enfance.

Les pleurésies peuvent être aussi très-apparentes chez les enfants; mais c'est encore là plutôt l'exception que la règle(1).

QUATRE-VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Pleuropneumonie gauche bien dessinée. — Pneumonie droite latente. — Anasarque. — Altération simulant le granit; rénification au deuxième degré, puis au premier. — Émétique à haute dose.

Boulain (Auguste), âgé de sept ans et demi, fut admis, le 10 juillet 1827, à l'hôpital des Enfants; il était malade depuis huit jours. Pendant ces prodrômes, s'étaient manifestés de la fièvre, des vomissements, de la céphalalgie, une douleur au côté gauche de la poitrine, mais peu de toux. Le jour de son entrée, furent reconnus les symptômes suivants : figure pâle ; pouls, cent vingt-six pulsations par minute; peau chaude; soixante inspirations par minute; toux médiocrement fréquente, sèche. Douleur vers le côté latérale et antérieur gauche de la poitrine. La percussion et l'auscultation ne fournissent aucun résultat particulier. Le 13, expansion pulmonaire moins franche à gauche ;

(1) Voici ce que pense M. Baron au sujet du diagnostic de la pleurésie, chez les enfants : il est difficile de reconnaître cette affection chez les jeunes sujets, parce qu'on ne peut, chez eux, ausculter la voix à volonté, et qu'ils n'annoncent pas de point de côté; cependant, en réitérant fréquemment l'exploration, on peut parvenir à saisir les caractères particuliers de la voix, et, en tenant d'ailleurs compte de la dyspnée plus grande, de la plus grande fréquence du pouls, etc., on peut arriver à quelque solution.

persistance des autres phénomènes. Le 14, matité à gauche, râle crépitant, toux peu fréquente. Du 2 au 3 août, un peu de bouffissure; toux répétée; pouls très-fréquent; peau chaude. Le 4, infiltration des bourses et des membres abdominaux. Le 5, sifflement bronchial et œgophonie à gauche; matité complète du même côté; pouls, cent vingt-quatre pulsations; anasarque. Le 7, administration du tartre stibié à haute dose (il est continué jusqu'au 10). Le 7, vomissement; pas de diarrhée. Le 8, pouls irrégulier, ne battant guère plus de quatre-vingt-huit fois par minute; matité complète à gauche; sifflement bronchial moins prononcé. Le 9, respiration très-fréquente: pouls, cent pulsations; diarrhée. Le 10, maigreur extrême; altération des traits de la face. Mort le 13 août. (Les premières doses d'émétique étaient de trois grains, les dernières de cinq).

Autopsie le 14. Thorax: Un verre de sérosité jaunâtre, transparente, se trouve épanché dans la cavité thorachique droite; quelques adhérences celluleuses réunissent çà et là les deux feuillets de la plèvre. La partie postérieure du lobe supérieur du poumon droit est hépatisée (passage du deuxième au troisième degré); le lobe moyen est engoué vers sa partie antérieure; le lobe inférieur est pareillement hépatisé en arrière. La cavité gauche du thorax ne contient qu'un peu de sérosité citrine; le lobe moyen en arrière est revêtu de fausses membranes épaisses, rugueuses et rougeâtres; le feuillet pleural correspondant qui revêt les côtes est recouvert de productions semblables. Les deux lobes du poumon adhèrent ensemble; tout le lobe supérieur gauche est sain et crépitant, à l'exception cependant d'une petite portion de la base qui est dure, dense, difficile à déchirer, rouge, sans aspect grenu et qui se précipite au fond de l'eau. Tout le lobe inférieur gauche est hépatisé; son aspect est comparable à celui d'un granit parsemé de rouge, de brun et de gris blanc; l'incision de ce tissu pathologique laisse échapper une sanie grisâtre. La membrane muqueuse des voies aériennes est généralement pâle; quelques petits rameaux bronchiques contiennent du mucus puriforme. Les ganglions bronchiques sont dévelop-

pés et rouges. Le péricarde contient environ deux cuillerées de sérosité transparente.

Abdomen : La membrane muqueuse de l'estomac présente quelques plaques rouges vers son bas-fond, et quelques traces d'injection ramiformes vers la région pylorique; la consistance de cette membrane n'est point altérée; l'intestin grêle, dans toute sa longueur, ne présente aucune trace phlegmasique; le cœcum offre quelques rougeurs par injection et quelques plaques brunes. Toute la surface interne du colon présente çà et là des rougeurs pointillées ou par plaques; le rectum lui-même est parsemé de plaques rougeâtres. Ailleurs, nulle autre chose à noter.

Ces affections sont, en général, d'autant plus souvent simples et bien caractérisées, que l'enfant est plus avancé en âge, se rapproche davantage de la puberté.

Les pleurésies *latentes* sont d'autant plus graves qu'elles sont insidieuses : la gêne de la respiration est très-faible, il n'y a que peu ou point de toux; d'autres maladies occupent fréquemment l'attention, et tout-à-coup l'épanchement qu'on n'avait pas soupçonné se trouve opéré.

C'est le lieu de placer une observation de pleurésie masquée par des symptômes cérébraux, publiée par Constant (1), et un cas de pleuro-pneumonie relaté par le même auteur.

QUATRE-VINGT-DIXIÈME OBSERVATION.

Pleurésie gauche accompagnée de symptômes cérébraux, méconnue jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, un mois après l'invasion; application de sangsues répétée sur les apophyses mastoïdes et sur l'épigastre; mort. — Épanchement considérable dans la plèvre gauche; engouement du poumon droit; état sain du cerveau et des voies digestives.

Guillaume, âgé de trois ans, d'une assez forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, fut admis à l'hôpital le 4 juin. Un mois avant son entrée, il fut pris sans cause

(1) *Gazette médicale*, du 10 août 1833 et 19 décembre 1835.

connue de fièvre, de toux et de mouvemens convulsifs des membres. Les convulsions se renouvelèrent pendant quinze jours à des intervalles variables. Il y avait en même temps une constipation opiniâtre. Un médecin fut appelé, il déclara cet enfant atteint de fièvre cérébrale, il fit appliquer successivement huit sangsues aux apophyses mastoïdes, seize sur l'abdomen et deux vésicatoires aux extrémités inférieures. Les convulsions diminuèrent insensiblement, mais l'enfant tomba dans un état d'affaissement et de prostration considérables. Sa face pâlit et s'infitra; les membres inférieurs se tuméfièrent; la toux qui avait paru au début de la maladie, continua; la fièvre persista avec une exacerbation marquée chaque soir. Le 5 juin, nous le trouvâmes dans l'état suivant : face pâle, décolorée, bouffie ; état naturel des pupilles ; intelligence intacte ; pas de trouble, de la sensibilité ni de la motilité des membres ; le décubitus avait lieu sur le côté gauche. La respiration était courte, fréquente, incomplète, trente-six inspirations par minute ; le pouls donnait cent vingt pulsations ; la toux était fréquente et humide. L'enfant ne sachant pas cracher, nous ne pûmes juger de la nature de l'expectoration. L'amélioration du pouls et la dyspnée nous portèrent à examiner le thorax, qui offrit une matité complète dans toute l'étendue du côté gauche, en avant, en arrière et latéralement. Le bruit d'expansion pulmonaire était nul ; on entendait dans le lointain un souffle tubaire assez marqué ; du reste pas de râle, pas d'égophonie. A droite, le son était obscur, l'expansion faible ; on entendait du râle muqueux. Les voies digestives étaient en assez bon état ; la langue était large, humide, couverte d'un léger enduit saburral ; la soif étant peu vive ; le ventre était indolent dans tous ses points. Le malade n'avait pas eu d'évacuation alvine depuis la veille ; il avait uriné assez abondamment. Le sommeil avait été de courte durée, il était fréquemment interrompu par la toux. Rien n'indiquait une lésion du cerveau et de ses membranes. Les signes sthétocospiques ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une pleurésie avec épanchement. Cependant la faiblesse du malade, qui avait été profondément débilité par un

traitement antiphlogistique actif, ne permit pas de recourir aux émissions sanguines. Trois grains de tartre stibié dans six onces de véhicule furent administrés dans les vingt-quatre heures. Ils ne produisirent ni vomissemens, ni diarrhée. L'exacerbation fébrile du soir que les parens avaient remarquée depuis plusieurs jours se renouvela. Le pouls était remonté à cent quarante pulsations, et la respiration à quarante deux. Le 6, un large vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche de la poitrine; on continua l'usage du tartre stibié, qui fut porté à la dose de quatre grains. Il donna lieu à deux évacuations liquides. Du reste, le malade n'éprouva ni nausées, ni vomissements. Le 8 la diarrhée est plus abondante (quatre évacuations liquides dans les vingt-quatre heures). La surface du vésicatoire offre un mauvais aspect; l'abattement augmente; la langue reste pâle et le ventre indolent; le pouls n'a rien perdu de sa force et de sa fréquence; il bat cent quarante fois par minute. On continue le tartre stibié, on permet quelques cuillerées de bouillon; on panse le vésicatoire avec le styrax; on applique à sa surface quelques grains de sulfate de quinine. Le 9, jour d'entrée des parents, l'enfant prend quelques aliments qu'on lui apporte. Le lendemain 10, il y eut une notable exaspération des symptômes, la diarrhée était plus abondante, le malade était tourmenté par des vomissements continuels; la dyspnée était intense; le pouls très-fréquent, cent cinquante-deux pulsations, et cinquante-six inspirations par minute. On suspendit le tartre stibié. Le lendemain aux symptômes précédents se joignirent des convulsions, au milieu desquelles le malade succomba.

Inspection cadavérique. Nous trouvâmes un épanchement de sérosité trouble au milieu de laquelle nageait de nombreux flocons albumineux, remplissant presque toute la cavité de la plèvre gauche. Le poumon comprimé par la matière épanchée avait à peine le tiers de son volume ordinaire; il était appliqué contre la colonne vertébrale. Sa surface était couverte de fausses membranes, son tissu était compacte, homogène, imperméable à l'air; du reste il ne contenait ni pus, ni tubercules. Il se déchirait difficilement. Le poumon droit était engoué à sa

partie postérieure. Cet engouement occupait les trois lobes. Le cœur et le péricarde n'offrirent rien d'anormal.

Nous explorâmes avec soin l'état de la muqueuse des voies digestives, dans le but de constater les altérations qui auraient pu survenir sous l'influence du tarte stibié. La muqueuse de la bouche et de l'œsophage était pâle, elle n'offrait ni ulcérations, ni pustules. La muqueuse gastro-intestinale fut également trouvée saine. Les follicules isolés et agminés n'étaient pas apparents. Le foie était blond, il était assez volumineux. La bile ne présenta rien de remarquable.

Après avoir ouvert le crâne et détaché les membranes du cerveau, nous trouvâmes deux ou trois onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Du reste cette membrane avait conservé toute sa transparence, elle n'adhérait en aucun point à la surface des circonvolutions. Le cerveau était pâle.

Si nous rapprochons les symptômes des caractères anatomiques offerts par ce sujet, il sera facile de se convaincre que la maladie primitive était l'inflammation de la plèvre. Il est impossible de ne pas faire remonter l'invasion de cette phlegmasie à l'époque où se manifestèrent pour la première fois la toux, la fièvre et les symptômes cérébraux. Ceux-ci fixèrent toute l'attention du médecin qui employa pour les combattre une médication énergique. La poitrine ne fut jamais explorée, et c'était là pourtant qu'était la maladie qui fut le point de départ de tous les accidents. L'erreur de diagnostic fut ici très-préjudiciable au malade : des émissions sanguines répétées, une diète sévère avaient amené un tel état de faiblesse, qu'il n'était plus permis de recourir aux antiphlogistiques. Le vésicatoire qui fut appliqué à l'hôpital ne tarda pas à prendre un mauvais aspect ; le tartre stibié fut assez mal supporté ; enfin un écart de régime causa une nouvelle série d'accidens qui se terminèrent par la mort.

QUATRE-VINGT-ONZIÈME OBSERVATION.

Pleuro-pneumonie primitive chez un enfant de trois ans ; son mat et respiration bronchique dans toute l'étendue du côté droit ; mort le

septième jour de la maladie ; hépatisation rouge et grise de la totalité des trois lobes.

Eugène Martin, âgé de trois ans, d'une forte constitution, d'un embonpoint remarquable, d'une stature élevée pour son âge, apporté à l'hôpital dans la soirée du 26 septembre, offre, à la visite du lendemain, les symptômes suivants :

Décubitus dorsal ; face pâle exprimant l'anxiété et la souffrance ; respiration haute, costale, se répétant soixante fois par minute ; dilatation des ailes du nez à chaque mouvement inspiratoire ; toux fréquente, sèche ; son mat et respiration bronchique dans toute l'étendue du côté droit ; bronchophonie sous la clavicule, au niveau de l'omoplate et dans le creux de l'aisselle ; à gauche, le son est clair et le bruit respiratoire net et fort ; le côté du thorax affecté ne présente pas de dilatation ; le pouls donne cent quarante pulsations par minute ; la peau du tronc et des membres inférieurs est chaude, mais celle des extrémités supérieures est froide ; la langue est rouge ; les papilles de sa surface sont saillantes ; la soif est extrêmement vive ; le ventre météorisé, mais peu douloureux à la pression ; une seule évacuation liquide depuis vingt-quatre heures. Au milieu de ces graves désordres des fonctions respiratoires, l'intelligence reste nette ; l'enfant reconnaît sa mère, qui vient le visiter dans la journée, et témoigne de l'inquiétude à son départ. (Quatre ventouses scarifiées sur le côté droit du thorax, mauve édulcorée, demi-looch blanc.)

D'après les renseignements qui nous sont fournis par les parents, ce garçon, bien portant le 21 septembre, éprouva le 22, sans cause connue, du malaise fébrile, de l'inappétence, de la toux et des vomissements ; ces symptômes persistèrent le 23, et il s'y joignit les jours suivants une dyspnée intense. On ne fit usage d'aucune médication active ; on tint l'enfant à la diète les trois derniers jours, parce qu'il repoussait tous les aliments qu'on lui offrait. Le 28, aucun amendement n'a suivi l'application des ventouses, qui ont tiré une assez grande quantité de sang ; la dyspnée a persisté ; la respiration a été plaintive toute la nuit ; le malade n'a pas fermé un seul instant la pau-

pière. Ce matin, le décubitus a lieu tantôt sur le dos, tantôt sur le côté droit, jamais sur le côté gauche ; la toux est moins fréquente ; la gêne de la respiration persiste ; cinquante-quatre inspirations par minute. L'auscultation et la percussion du thorax fournissent les mêmes résultats que la veille ; le son est toujours complètement mat dans toute l'étendue du côté droit ; la respiration bronchique et la bronchophonie sont des plus évidentes. Le côté gauche est toujours intact. Le pouls est difficile à compter, à cause de sa petitesse et de sa fréquence. La face est violacée, la langue conserve sa rougeur, la soif est toujours ardente, le ventre ballonné, les selles diarrhéiques. On administre un bain chaud d'un quart d'heure, et on applique un large vésicatoire sur le côté droit, mais la dyspnée devient de plus en plus grande, et le malade succombe à trois heures après midi.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvons le poumon droit adhérent en quelques points à la plèvre costale à l'aide de fausses membranes molles et faciles à déchirer. La cavité pleurale renferme deux ou trois cuillerées de liquide séro-albumineux ; les trois lobes du poumon adhèrent entre eux ; leur surface externe n'offre pas une teinte uniforme : elle est rouge en quelques points, grisâtre dans d'autres, et de couleur fauve dans une assez grande étendue ; la surface des incisions présente à peu près les mêmes nuances ; partout le tissu pulmonaire est imperméable à l'air ; il se laisse couper par tranches minces et se précipite au fond de l'eau. Les trois lobes sont hépatisés dans leur totalité ; on y observe les deux degrés de l'hépatisation rouge et grise. A la base du lobe inférieur seulement, on rencontre quelques lamelles de tissu pulmonaire à l'état de simple engouement. Le poumon gauche est libre d'adhérences. La cavité pleurale renferme un demi-verre de sérosité transparente. La partie postérieure offre extérieurement une teinte violacée, et intérieurement un engouement séreux et sanguinolent. Toute la moitié antérieure est rosée, le tissu est mou et crépitant. Quelques glandes bronchiques sont hypertrophiées, mais on n'y trouve pas la plus légère trace de tubercule. Les

bronches présentent une teinte rosée, le larynx et la trachée-artère sont à l'état sain. L'estomac et l'intestin grêle ne présentent rien de remarquable. Dans le dernier tiers du colon et dans le rectum, la muqueuse est rouge et épaissie. Les autres viscères abdominaux sont exempts d'altération.

La toux, la gêne de la respiration et l'anxiété à laquelle le malade était en proie au moment de son admission, l'intensité du mouvement fébrile, indiquaient chez lui l'existence d'une phlegmasie des organes thorachiques, mais sans le secours de l'auscultation et de la percussion, il eût été impossible de décider si la maladie avait son siége dans la plèvre, dans les bronches ou dans le parenchyme pulmonaire, la toux, la fièvre et la dyspnée étant des signes communs aux phlegmasies de ces différents organes. L'expectoration manqua, comme chez le sujet de l'observation précédente. La douleur du côté ne pouvait être accusée par un enfant qui touchait à peine à sa troisième année. Les signes stéthoscopiques furent on ne peut mieux caractérisés : à droite, son complètement mat, respiration bronchique, et bronchophonie appréciable lorsque l'enfant poussait quelques cris ; à gauche, bruit respiratoire net et pur, sonoréité normale. Plus de doute sur le côté du thorax affecté. Comme il est rare de trouver chez l'enfant un son aussi complètement mat dans la pneumonie, nous dûmes rechercher s'il n'existait pas dans la plèvre un épanchement considérable de sérosité. Pour nous en assurer, nous pratiquâmes l'auscultation et la percussion après avoir fait prendre différentes positions au malade ; les résultats furent toujours les mêmes. Nous mesurâmes les deux côtés de la poitrine, et nous ne reconnûmes pas de dilatation du côté droit. Nous restâmes convaincus que la maladie avait principalement son siége dans le parenchyme pulmonaire, et que la phlegmasie était parvenue au deuxième degré. Le seul symptôme qui nous fit soupçonner la participation de la plèvre à l'inflammation du poumon, ce fut le vomissement qui, chez les enfants, marque presque constamment le début des phlegmasies des membranes séreuses. Cette inflammation de la plèvre et du poumon se mani-

festa sans avoir été précédée d'aucun signe d'une affection antécédente des bronches; elle parcourut rapidement sa marche, puisque le cinquième jour, après que le malade fut admis à l'hôpital, le poumon droit était déjà imperméable à l'air dans toute son étendue. Quant aux altérations trouvées sur le cadavre, elles étaient en tout semblables à celles qu'on rencontre chez l'adulte : même exsudation pseudo-membraneuse de la plèvre, même hépatisation du parenchyme pulmonaire, parvenue en quelques points au deuxième degré, en d'autres au troisième.

Après ce que nous avons dit sur l'obscurité de ces maladies, on conviendra que le diagnostic a assez à s'occuper pour les découvrir, sans avoir encore à s'inquiéter des distinctions savantes de pleurésies *costales*, *pulmonaires*, *diaphragmatiques*, etc., etc. Ces différences de siége ne sont guère reconnaissables en effet, du moins chez les enfants, que sur le cadavre, et la description des modifications symptomatiques qui s'y rapportent ne serait qu'une sorte de luxe nosographique.

L'état bilieux, ce que l'on appelle tel, est déjà très-rare chez les enfants; il en est donc d'autant plus ainsi relativement à la pleurésie *bilieuse* de Stoll. Notons cependant que la pleurésie coïncide souvent avec l'ictère des nouveau-nés.

L'épanchement est purulent, séro-purulent, verdâtre, jaunâtre, blanchâtre, floconneux, séro-sanieux, séreux, etc. Les premiers de ces caractères physiques appartiennent plutôt à l'état aigu. On trouve, en outre, des exsudations plastiques sur les plèvres pulmonaires ou pariétales, des flocons, des adhérences, des cloisons, quelquefois de nombreuses granulations; mais ces derniers caractères anatomiques se rencontrent particulièrement dans les pleurésies anciennes et chroniques. Les pseudo-membranes et adhérences sont molles et faciles à rompre après une maladie courte et récente; elles présentent des dispositions tout-à-fait opposées dans les cas contraires.

Une courte analyse de la thèse récemment publiées par M. Ch. Baron (1), et quelques réflexions, complèteront ce qu'il nous reste à dire sur ce sujet.

(1) *De la pleurésie dans l'enfance*, Paris, 1841.

M. Baron fils a en effet pris pour sujet de thèse la *pleurésie dans l'enfance*, et il dit dans son avant-propos *que son travail résulte de l'analyse de plusieurs centaines d'observations recueillies par son père à l'hôpital des Enfants-Trouvés, pendant les années* 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, *et par lui-même à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Baudeloque, en* 1839 *et* 1840.

A ceux qui prétendent que la pleurésie est rare dans l'enfance, M. Baron objecte que sur quatre cent trois enfants, il a trouvé des traces de pleurésie cent cinquante-neuf fois, c'est-à-dire dans plus du tiers des cas.

Sur quatre cent ving-neuf autopsies il a trouvé cent quarante-et-une fois des traces de pleurésie ancienne, et deux cent quatre-vingt-huit des lésions de pleurésie récente.

Les différentes espèces de liquide épanché (sérosité sanguinolente, citrine, floconneuse, purulente), ont été rencontrées deux cent deux fois.

La quantité du liquide est variable. En général, elle est plus grande lorsque le liquide est citrin ou sanguinolent, que lorsqu'il est trouble ou verdâtre. Le liquide, abstraction faite de sa nature, est le plus souvent en médiocre quantité. Les fausses membranes se montrent moins fréquemment que le liquide.

M. Baron a observé deux ou trois cas de pneumo-thorax, il en cite un publié par Constant et deux par M. Maréchal, recueillis dans le service de M. Guersant; dans ces derniers, selon M. Baron, le gaz aurait été secrété par la plèvre elle-même. Cette dernière hypothèse offre bien moins de probabilités que la supposition de pertuis par ou s'échappent les gaz; fissures que l'on conçoit pouvoir être fort difficile à apercevoir sans doute, mais dont l'on peut, par analogie, d'autant plus admettre l'existence, que par fois elles sont de toute évidence.

Chez environ le quart de ses pleurétiques, M. Baron a rencontré l'injection de la plèvre, mais, ajoute-t-il aussi, souvent toutes les altérations inhérentes à cette membrane ont disparu, et elle semble n'avoir rien perdu de son poli et de sa transparence ordinaires. Ce fait est très-vrai, et nous l'avions

fréquemment constaté ; l'observation que nous rapportons ici, d'empyème et de pneumo-thorax en est une nouvelle preuve

M. Baron père a observé deux cas de gangrène de la plèvre : dans l'un, les deux plèvres pariétales et viscérales étaient parsemées dans toute leur étendue de petites plaques noires ; dans l'autre, la gangrène était bornée au feuillet de la plèvre qui recouvre le péricarde, sans que cette dernière membrane parut présenter aucune altération. Le pus contenu dans la cavité était très-fétide.

M. Baron admet aussi, et selon nous avec raison, des épanchements citrins ou incolores, dépendant d'une cause locale ou général d'hydropisie, de la maladie de Bright, par exemple ; épanchements non pas primitivement inflammatoires, mais ne tardant pas à le devenir, sans doute par suite de la facilité avec laquelle l'inflammation se développe dans le jeune âge.

D'après le relevée de ses observations, M. Ch. Baron conclut que la pleurésie droite est plus fréquente que la pleurésie double et que celle du côté gauche ; que ces deux dernières ont une fréquence à peu près égale, que les coïncidences d'affections pulmonaires se rencontrent dans les deux tiers des cas environ, chez les enfants d'un jour à un mois ; dans les quatre cinquièmes, chez ceux d'un mois à un an ; dans les huit neuvièmes, chez ceux d'un à quinze ans.

Que les coïndences d'affections abdominales se montrent dans un peu plus des deux tiers des cas, chez les enfants d'un jour à un mois ; dans près de la moitié, chez ceux d'un mois à un an ; dans un peu moins de la moitié chez les enfants d'un an à quinze ans.

Les coïncidences d'affections encéphaliques, dans un peu plus du cinquième chez les enfants d'un jour à un mois ; dans le cinquième chez ceux d'un mois à un an ; dans un peu plus du huitième chez ceux d'un à quinze ans.

Les coïncidences d'affections du cœur ou du péricarde dans un peu plus du cinquième, chez les enfants d'un jour à un mois ; dans le dix-huitième, chez ceux d'un mois à un an ;

dans un peu moins du onzième chez ceux d'un à quinze ans.

M. Ch. Baron partage notre avis qu'il cite, au sujet de la fréquence plus grande de l'inflammation qui débute par envahir les poumons avant de gagner la plèvre. Mais nous différons avec lui au sujet des granulations sous-pleurales auxquelles, il est loin d'attribuer toujours, ainsi que M. Denis, une origine inflammatoire. Nous ne pensons pas non plus qu'il soit très-rare que l'on puisse saisir le mode de succession de la pleurésie à la tuberculisation du poumon. Les points pleurétiques sont en effet très-communs chez les phthisiques, et l'on conçoit aisément la possibilité de la propagation de proche en proche de l'inflammation qui assiége les foyers tuberculeux. Des perforations, et par suite de violentes pleurésies avec pneumothorax, sont parfois la suite du voisinage de ces foyers : un exemple analogue se trouve inséré dans la *Gazette médicale* du 16 mai 1834, et nous en exposons ici une observation.

QUATRE-VINGT-DOUZIÈME OBSERVATION.

Pleuro-pneumonie, phthisie, pneumo-thorax.

Renault (Philibert), âgé de trois ans, entra le 9 juillet 1827, à l'hôpital des Enfants malades. Les renseignements fournis par la famille furent les suivants : Cet enfant aurait joui habituellement d'une bonne santé; il s'enrhumait rarement; avait eu des glandes engorgées au cou. Depuis sept semaines il serait souffrant, aurait de la fièvre, surtout le soir, tousserait seulement depuis huit jours et refuserait de manger depuis quatre. Lors de la visite : pouls, cent huit pulsations par minute; chaleur de la peau naturelle; respiration accélérée; toux peu fréquente; expansion pulmonaire naturelle à droite; râle difficile a déterminer à gauche et moins de sonoréité à la percussion également à gauche. Pas de diarrhée, pas de douleur au ventre (diagnostic, bronchite, engouement du poumon gauche). (*Prescription, infusion de mauve édulcorée; six sangsues sur le côté gauche de la poitrine; pédiluve; diète.*) Les onze, douze et treize juillet, pouls, cent à cent huit pulsations, râle muqueux

à gauche dans les secousses de toux. Figure pâle, peau chaude, respiration toujours plus faible en avant et en arrière, à gauche, la percussion est aussi moins sonore vers les mêmes points; pas de selle (*prescription, julep huileux; mauve édulcorée; huit sangsues en arrière à gauche*). Les jours suivants toujours à peu près même état, la maladie semble rester stationnaire; néanmoins l'amaigrissement fait incessamment des progrès; vers les premiers jours du mois d'août, l'état du malade empire sensiblement; la faiblesse, le dépérissement avaient encore beaucoup augmenté; de la diarrhée s'était manifestée, elle existait avec coliques, et les selles au nombre de plusieurs par jour étaient liquides et verdâtres; criailleries; toux fréquente. (*Prescription, julep gommeux, décoction blanche, lavements émollients; panade.*) Les 9, 10, 11 et 12, état de dépérissement et de souffrance; extrémités froides; agonie; mort le 13. L'exploration de la poitrine jusqu'au 30 juillet, n'avait fourni aucun autre résultat que ceux indiqués plus haut.

Autopsie cadavérique le 14 août. En ouvrant le côté gauche de la poitrine il s'est opéré un dégagement de gaz; le poumon était affaissé, accolé à la colonne vertébrale, et un épanchement purulent évalué environ à quatre-vingt-seize ou cent vingt-huit grammes, d'une couleur jaune grisâtre, existait dans la cavité de la plèvre; celle-ci était lisse et pâle. En insufflant le poumon, sur place, on reconnut une perforation évidente de la plèvre sur le bord latéral et postérieur du lobe inférieur du poumon gauche. Cette perforation conduisait dans une vaste caverne multiloculaire, présentant plusieurs brides, pouvant contenir un œuf, et renfermant des portions de matières tuberculeuses; les parois étaient formées par le tissu pulmonaire qui était d'un brun rougeâtre. Cette excavation communiquait avec les bronches, et de plus, avec la cavité de la plèvre par le pertuis dont nous avons parlé. Les deux lobes étaient réunis au moyen d'adhérences. Vers la partie inférieure et latérale du lobe supérieur, existait une autre excavation aussi multiloculaire, et communiquant également avec les bronches; elle était remplie d'un liquide sanieux, grisâtre; elle avait environ

trois centimètres de diamètre. A la base du même poumon existait une troisième caverne moins grande que les dernières et contenant du pus. Le tissu pulmonaire circonvoisin était d'un brun grisâtre, dense, difficile à déchirer, et se précipitait au fond de l'eau. Le lobe supérieur du poumon droit était fortement engoué en arrière, d'un rouge foncé, non-crépitant, quelques portions même se précipitaient; le lobe moyen contenait deux petits tubercules de la grosseur d'un pois, il était un peu engoué en arrière. Le lobe inférieur engoué, peu crépitant, mais surnageant. Les ganglions près et interbronchiques étaient pour la plupart tuberculeux. La muqueuse des voies aériennes était pâle. Il existait un peu de sérosité dans le péricarde; le cœur ne présentait rien de particulier. Quelques rougeurs et ramifications existaient sur la petite courbure de l'estomac; la membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle, sa consistance et son épaisseur semblaient naturelles; il existait quelques plaques rouges çà et là dans le colon transverse, l's et le rectum. Les annexes des organes digestifs n'offraient rien de remarquable; il en était de même du cerveau; il y avait seulement quelques cuillerées à café de sérosité dans les ventricules latéraux. État général : maigreur extrême.

Sous le rapport de l'influence de l'âge dans la production des différents phénomènes de la pleurésie, M. Baron à remarqué que l'épanchement de sérosité sanguinolente est plus fréquente chez les nouveau-nés, tandis que les collections séreuses et purulentes sont plus communes chez les enfants plus âgés : que pareillement les complications abdominales et encéphaliques se rencontrent plus souvent à une époque rapprochée de la naissance, tandis que les complications d'affections pulmonaires s'observent davantage plus tard.

« De toutes les influences pathologiques capables de provoquer le développement de la pleurésie, dit M. Baron (pag. 57), la pneumonie est la plus puissante. Ainsi que l'ont écrit Dugés et M. Valleix, et contrairement à l'opinion de MM. Léger, Berton et Cumming, qui regardent la coïncidence de la pneumonie et de la pleurésie comme rare, l'inflammation de la

plèvre est presque constamment liée à celle du poumon. »

Nous éprouvons ici le besoin de dire que cette opinion que cite M. Baron sur la prétendue rareté de la coïncidence, chez les enfants, de la pneumonie et de la pleurésie, peut concerner quelque homonyme, mais ne nous appartient certainement pas, car nous avions articulé positivement le contraire.

Au sujet de la pleurésie isolée, M. Baron cite Billard qui pense qu'elle s'observe chez les enfants, et Constant qui, en a publié deux exemples. Dans les observations qui lui ont été communiquées par son père et dans celles qu'il a recueillies, il a trouvé cinquante-quatre pleurésies sans pneumonie : sur ces cinquante-quatre pleurésies simples, vingt étaient doubles, dix-huit du côté droit et seize du côté gauche.

M. Baron a rencontré aussi souvent la pleurésie chez les enfants de deux à six ans que chez ceux de six à quinze ans. Parmi quinze pleurésies ayant débuté entre la première et la quinzième année, il y en avait une entre la première et la deuxième année; sept entre la deuxième et la sixième année ; sept entre la sixième et la qninzième année. Résultats qui ne confirment pas ceux produits par MM. Gerhard et Rufz, par suite desquels la pneumonie des enfants de deux à six ans ne serait jamais compliquée de pleurésie, tandis que cette complication serait très-fréquente chez les enfants de six à quinze ans.

Passé les premiers mois, M. Ch. Baron n'a jamais rencontré d'ictère chez les pleurétiques.

Au nombre des causes déterminantes de la pleurésie, M. Baron nomme encore la pneumonie terminée par abcès, par vomique. Deux des observations de MM. Rilliet et Barthez, rentrent dans cette catégorie. M. Baron père en a rencontré quatre exemples, et dans l'une l'affection du poumon sembla d'autant plus avoir été le point de départ de la pleurésie, que l'un des foyers purulents était immédiatement placé sous la plèvre.

M. Baron père a observé deux fois la gangrène de la plèvre et M. Taupin (*Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde observée*

dans l'enfance), cite un cas de gangrène du poumon et de gangrène de la plèvre.

Nous devons à l'obligeance de M. Paul Guersant, la communication d'une observation de pleurésie gangréneuse recueillie par lui à l'hôpital des enfants. Nous n'en donnerons qu'une analyse.

Il s'agissait d'un malade nommé Delivet, âgé de quatorze ans, atteint de gibbosité et de paraplégie incomplète, par suite d'un accident arrivé il y avait onze mois (une voiture lui avait passé sur le corps), le 15 février 1825, il fut pris de douleur et de gonflement vers la partie latérale gauche de la poitrine (sensation de fluctuation profonde dans les pectoraux), avec toux sèche et douloureuse, fièvre et dyspnée, lesquels symptômes allèrent en s'exaspérant jusqu'au 18 du même mois, époque ou la mort survint.

A l'autopsie pratiquée vingt-neuf heures après, on trouva plus d'un litre de liquide noirâtre épanché dans la cavité gauche de la poitrine; une perforation conduisait jusque sous le petit pectoral; cette perforation, située entre la deuxième et la troisième côte dénudées, existait au devant de la poitrine; les muscles de la poitrine étaient infiltrés du liquide noirâtre en question; mais sous le grand pectoral il y avait du pus blanchâtre qui s'étendait jusqu'au creux axillaire. Un lambeau noirâtre, manifestement gangréné, se trouvait au bord de l'ouverture accidentelle dont il a été parlé; intérieurement et au pourtour se remarquaient quatre petites taches manifestement aussi gangrénées appartenant au tissu de la plèvre; du reste cette dernière dans tous les points environnants et dans l'étendue d'un pouce et demi environ était recouverte d'une fausse membrane au-dessous de laquelle elle était blanchâtre, décolorée et épaissie, et enfin toute cette portion était partout circonscrite par une rougeur vive. Le larynx, la trachée et les bronches ne présentaient rien de particulier.

Le poumon gauche était affaissé et comprimé par l'épanchement; la plèvre qui le recouvrait était décolorée. Au-dessous de la plèvre et à la partie inférieure de ce poumon existait un petit abcès dont la cavité aurait pu contenir seulement environ un pois. Il y avait quelques adhérences à droite, la partie du

péricarde, qui correspondait à gauche, était recouverte d'un tissu cellulaire infiltré de sanie gangréneuse. L'épaisseur du ventricule gauche comparé à celle du ventricule droit du cœur était : : 4 : 1, les méninges rachidiennes, vers la réunion de la dernière vertèbre dorsale à la première lombaire étaient épaissies, injectées, adhérentes entre elles et à la moelle, qui dans ce point était comprimée, très-mince, endurcie et un peu injectée. Cette compression avait lieu au moyen de l'angle saillant formé par la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire, dont les corps étaient amincis. Les organes digestifs et leurs annexes n'offraient rien de particulier.

Le croup et la coqueluche se compliqent fréquemment de pleuro-pneumonie. M. Ch. Baron, qui insiste aussi sur ce fait, invoque encore à l'appui plusieurs autorités.

Si les tubercules des poumons sont une cause non douteuse de pleurésie, il n'est pas aussi facile de vérifier, selon ce médecin, si les tubercules des ganglions bronchiques et des médiastins, ont quelque influence sur la production de cette inflammation. Cette dernière cause, quoique plus rare, existerait aussi. Nous avons mentionné une observation analogue au chapitre consacré à la dégénérescence tuberculeuse des glandes bronchiques; et nous croyons nous rappeler que MM. Rilliet et Barthez rapportent un ou deux cas d'épanchement pleurétique et de pneumo-thorax, et par conséquent, avec pleurésie consécutive à la lésion des ganglions bronchiques.

Selon M. Taupin, on rencontre constamment chez les sujets morts d'une stomatite gangéneuse, soit une pleurésie, soit une pneumonie. MM. Baron ont plusieurs fois observé des faits analogues.

Chez presque tous les enfants qui succombent atteints de la maladie de Bright, on trouve, selon M. Ch. Baron, quelque altération de la plèvre, soit un simple épanchement séreux, soit plus souvent encore des lésions de pleurésie très-manifestes. M. Baron l'a observé dans six cas (1).

(1) Voyez sur ce sujet l'important ouvrage de M. le docteur Rayer, *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire*, Paris, 1840, t. 2, pag. 308.

Tout le monde sait combien la rougeole se complique fréquemment des phlegmasies des voies aériennes; la variole vient ensuite, puis la scarlatine; mais il est cette distinction à établir, que le dernier de ces exanthèmes chez lequel les complications de pneumonie sont rares à l'encontre de la variole, se complique plus souvent que celle-ci de pleurésie, ou si l'on veut d'épanchement dans la plèvre; et, suivant M. Baron, cet épanchement, qu'il regarde aussi comme fréquent, est ordinairement peu considérable et d'une sérosité sanguinolente.

Selon M. Baron, la toux manque un peu moins rarement chez les enfants très-jeunes et délicats que chez ceux qui présentent les conditions contraires. La dilatation de la poitrine est rarement considérable; l'auteur que nous citons l'a rarement vu dépasser un centimètre et demi. Le rétrécissement de la cavité thorachique n'est pas très-fréquent. On l'observe plus souvent, ainsi que M. Taupin l'a remarqué, dans les pleurésies tuberculeuses. Enfin M. Baron parle aussi de la rareté du bruit de frottement, et de celle du retentissement de la voix et de l'égophonie. La rareté de ce dernier phénomène a été attribuée par M. Taupin à la plus grande fréquence des pleurésies partielles et circonscrites dans l'enfance.

La douleur pleurétique n'est pas accusée par les très-jeunes enfants, et nous n'admettons pas avec M. Ch. Baron, que par la percussion on puisse presque certainement s'assurer chez eux du siége du point douloureux; le plus ordinairement, en effet, en pratique, les choses sont plus embarrassantes : le jeune enfant malade et souffreteux, pleure, se démène quand on l'examine, et le plus souvent pousse des cris, quel que soit l'endroit que l'on percute; sans même que l'on puisse tirer la moindre signification de ceux-ci, et nous sommes en cela tout-à-fait de l'opinion de Dugés. Nous avions même dit avoir reconnu que la douleur pleurétique existait bien moins fréquemment dans l'enfance qu'aux âges suivants, et M. Baron père, qui nous avait communiqué les notes que nous avons insérées, était en cela de notre avis.

Ainsi que dans la pneumonie, l'œdème est assez souvent

consécutif à la pleurésie; mais plus que dans la première de ces affections il a lieu d'une manière primitive, et l'épanchement pleurétique résultant de l'extension de l'anasarque (comme il arrive dans l'affection granulée des reins), s'il n'est pas d'abord inflammatoire, ne tarde pas à le devenir ou au-moins à s'accompagner d'une inflammation évidente de la séreuse, à laquelle il n'est rien moins qu'étranger. M. Ch. Baron, au travail duquel nous revenons, à trouvé trente fois l'œdème dans la pleurésie, et trente-deux fois des accidents cérébraux; c'est surtout chez les jeunes enfants que cette dernière complication s'observe. Et dans tous les cas où la mort survint, excepté un, ces symptômes furent expliqués à l'autopsie par une méningite aiguë ou chronique, une encéphalite, ou plus souvent une congestion cérébrale ou méningée. Billard, Constant, MM. Cruveilhier, Favrot, Rilliet et Barthez, ont aussi rapporté des exemples de symptômes cérébraux plus ou moins graves, coïncidant avec une pleurésie. M. Baron parle de pleurésies aiguës et de pleurésies chroniques, ces dernières pouvant durer plusieurs semaines ou plusieurs mois, ainsi que Billard, MM. Andral, Cruveilhier, Bousquet, en ont rapporté des exemples, et il nous cite comme indiquant l'état chronique de la pleurésie dès le début, opinion qu'il partage. Nous admettons certes l'existence telle de la pleurésie, mais nous croyons aussi à la fréquence de celle à laquelle l'épithète en question conviendrait plutôt, par le fait de l'atténuation de ses symptômes, et par sa marche latente, que par suite de sa durée. Sous ce rapport, la qualification de sub-aiguë semblerait mieux appropriée pour désigner cette forme de la maladie, à laquelle les enfants sont particulièrement disposés pendant l'intervalle des dentitions, et surtout à la suite des rougeoles. Enfin l'égophonie serait aussi, suivant M. Baron, un phénomène rare dans l'enfance, et cette rareté dépendrait des dimensions étroites de la poitrine. Le bruit de frottement perçu soit avec l'oreille, soit avec la main, serait également peu commun. Le diagnostic de cette affection serait assez souvent obscur ou difficile; les distinctions de pleurésies

partielles, ainsi que nous l'avons dit, ne sont guère cliniquement appréciables; le pronostic, quoiqu'assez grave, le serait moins cependant que plusieurs médecins, et notamment les auteurs anciens ne le pensaient; puis, en définitive, le traitement devrait être, aux proportions près, le même chez les enfants que chez les adultes.

A peu de chose près, le traitement qui convient, dans les premiers temps de la pneumonie, est aussi celui que réclame, vers son début, la pleurésie : il faut peut-être seulement, autant que possible, agir un peu plus localement encore dans la pleurésie; appliquer, sur les parties du thorax les plus voisines des points malades, des points pleurétiques, des sangsues et des ventouses scarifiées; insister plus tard sur l'emploi des vésicatoires plus ou moins larges, suivant les circonstances, et placés surtout à proximité des surfaces internes affectées.

Employés au début des pleuro-pneumonies franches, les vésicatoires auraient pour résultat d'ajouter aux progrès de la maladie (1); mais ces mêmes moyens réussissent au contraire, mis en usage dès l'origine des points douloureux vagues, des douleurs costales qui présagent parfois l'arrivée des affections phlogistiques pulmonaires ou pleurales plus sérieuses. C'est après avoir satisfait à la nécessité des évacuations sanguines; quand le pouls à cessé d'être vibrant et tendu, quand la respiration est devenue plus large, la toux plus grasse, que la peau n'est ni sèche, ni brûlante, qu'elle tend à s'humecter; c'est dans ces circonstances, dont l'opportunité sera bien saisie par le praticien, qu'il convient dans les pneumonies et pleurésies franches de recourir à l'application de vésicatoires. Quant

(1) Suivant Quarin, quand la figure est rouge et la chaleur assez forte, les cantharides augmentent la fièvre et aggravent tous les symptômes.

Cullen conseille l'emploi du vésicatoire dans la pneumonie, après la première saignée si la maladie est modérée, et après la seconde si elle est intense. Quant au lieu d'élection c'est le thorax lui-même qu'il indique, prétendant que placés sur les parties éloignées ils produisent peu d'effet. Il conseille encore d'en renouveler l'emploi, plutôt que de les faire suppurer.

aux lieux d'élection, pour les malades faibles, délicats ou épuisés, on choisira le bras et même souvent mieux encore les parois de la poitrine; tandis qu'il conviendra d'en faire l'application loin du foyer de la phlegmasie, aux mollets, aux cuisses, par exemple, chez les sujets très-forts, résistants, chez lesquels on peut craindre en quelque sorte un *ravivement*, une réaction locale. On agirait donc ainsi, soit par dérivation, soit par révulsion. C'est là une application des idées de Barthez et de Grimaud sur les fluxions; et il serait encore conforme aux principes de ces doctrines, de laisser suppurer les vésicatoires appliqués dans un but de dérivation, de ne permettre qu'une action de courte durée à ceux qu'on emploie comme révulsifs. Mais bien que les distinctions entre la dérivation et la révulsion soient purement systématiques et assez souvent seulement subtiles, si par cette première acception on veut désigner le résultat thérapeutique qu'on cherche à obtenir en détournant une irritation ou une inflammation, à l'aide de moyens appliqués plus ou moins près du siége du mal, et si par l'autre on entend la fluxion artificielle, le point d'appel vers tel organe provoqué dans le même but thérapeutique, ou si l'on établit cette différence, que nous adopterions plutôt entre la révulsion et la dérivation, savoir que dans l'un et l'autre cas il y a appel fluxionnaire; mais seulement dans le premier, irritation artificielle subsistante; soit encore que l'on réserve le nom de révulsion à la dérivation opérée vers un lieu éloigné, et celui de dérivation proprement dit, à la dérivation plus ou moins directe. Partant de ce fait, que l'organe irrité artificiellement devient le centre d'un afflux d'humeurs qui diminue d'autant la quantité de celles qui se portent à l'intérieur; dans tous les cas, nous ne partagerions pas un principe thérapeutique absolu au sujet de la persistance ou non à donner aux vésicatoires, suivant qu'ils sont dérivatifs ou révulsifs, destinés à agir de près ou de loin: et nous pensons, que l'on peut obtenir les plus heureux résultats soit de vésicatoires volants, soit de leur entretient quelque soit leur éloignement de la lésion principale. Le tout est d'agir à propos.

Quand également la fièvre a cédé, on prescrit avec avantage les laxatifs (si l'état du ventre le permet), et même quelques révulsifs, qui portent leur action, soit vers la surface intestinale, soit vers la peau, soit du côté des reins. Comme diurétiques, on prescrira la scille, la digitale, le nitre, l'uva-ursi, etc., etc. Quand l'épanchement est abondant et purulent, rarement est-il résorbé; si l'on ne se décide, et suivant l'opportunité du cas, à la dangereuse et chanceuse opération de l'empyème(1), on ne négligera du moins ni l'emploi des cautères, ni celui des sétons appliqués sur le côté malade, ni celui enfin des frictions mercurielles, etc...; moyens vantés surtout dans la pleurésie chronique. Dans cette affection, dans la pleurésie apyrétique, sans apparence de réaction, ou amenée à ce

(1) Broussais prétend que si l'opération de l'empyème (à la suite de laquelle l'air vient inévitablement prendre la place du pus, ajoute à l'irritation de la plèvre et décompose le liquide qui exsude de la surface enflammée), a sauvé quelques malades, ce ne sont que ceux qui n'avaient qu'un foyer isolé, circonscrit autour de l'ouverture. (*Hist. des phleg. chron.*)

M. Billeray, de Grenoble, a conseillé, quand le liquide épanché contracte des qualités malfaisantes, de l'évacuer en entier et de le remplacer par une injection aqueuse appropriée, de l'eau tiède, de l'eau d'orge, etc. M. Récamier a pareillement proposé ce mode d'agir.

M. Roux pense que l'on n'a pas assez de faits pour résoudre la question de l'opportunité de l'évacuation complète ou successive de l'épanchement.

Hippocrate avait dit que l'évacuation instantanée et complète du pus ou de la sérosité contenus dans la cavité de la poitrine, entraînait tout-à-coup la mort. L'observation est loin d'avoir confirmé toujours cette assertion; des faits, et même de très-anciens, peuvent lui être opposés. Galien rapporte qu'un homme portant une collectien purulente dans la poitrine, partit pour l'armée avec le projet de se faire tuer, qu'il reçut une blessure à la poitrine qui donna issue au liquide épanché et que la guérison s'en suivit.

Selon M. Double, lorsque l'empyème est aigu il faut évacuer la poitrine tout d'un coup; et lorsque l'empyème est chronique, il faut évacuer successivement. C'était la pratique de Boyer. (*Bulletin de l'Acad. royale de médecine*, Paris, 1836, t. I, pag. 190.)

L'opération de l'empyème doit être pratiquée, lorsqu'après avoir

degré ; c'est particulièrement sur les vésicatoires placés, entretenus et renouvellés sur les parois de la poitrine qu'il faut insister. Couvrir d'ailleurs le malade de flanelle, lui faire changer d'air, habiter la campagne pendant quelques mois, etc.

Pour de plus amples et plus minutieux détails thérapeutiques, nous renvoyons à ce qui a été dit au sujet de la pneumonie.

III.

DES BRONCHITES.

§ I. L'inflammation de la membrane muqueuse des bronches est désignée, dans la plupart des traités des maladies des enfants, sous les noms de catarrhe pulmonaire et de toux catarrhale. On lui donne presque généralement aujourd'hui le nom de *bronchite*. A cette dénomination Laënnec préfère la précédente, celle de catarrhe, comme s'appliquant mieux et indistinctement aux phlegmasies, aux simples congestions et aux flux muqueux purement passifs. Mais bien que l'origine franchement inflammatoire de certains accroissements de sécrétion muqueuse puisse être contestable, il est au moins difficile de les concevoir s'effectuant d'une manière hyposthénique, et de refuser d'admettre un état de sur-excitation comme mobile de ce surcroît d'activité fonctionnelle. D'autre part, il est constant que des phlegmasies des bronches peuvent avoir lieu, sans coïncidence d'augmentation, dans l'excrétion du mucus bronchique. L'auteur même qui vient d'être cité, admet et décrit un catarrhe sec accompagné d'une expectoration nulle ou presque nulle, et avoue qu'il y a dans ce cas contradiction à se servir du mot catarrhe, puisque cette expression indique un écoulement... Il ne peut donc en définitive y

usé de tous les moyens d'une sage thérapeutiqne, les malades sont prêts de suffoquer.

C'est plutôt la nature de la maladie que l'opération elle-même qui fait de celle-ci une chose sérieuse, épineuse et grave.

avoir que désavantage à revenir à l'ancienne et vicieuse dénomination.

Parmi les idées émises sur ce genre d'affection par les principaux auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants, Rosen dit: «Que les enfants sont sujets à une toux stomacale et catarrhale ; que la première provient de l'irritation des nerfs de l'estomac transmise à ceux de la poitrine; que la seconde est occasionée par l'irritation directe des nerfs de la trachée. Cette irritation reconnaîtrait pour cause l'impression du froid qui, en resserrant les orifices des pores et des glandes qui lâchent ordinairement une humeur muqueuse destinée à lubrifier le canal et à garantir le tissu nerveux, arrêterait ou modifierait cette sécrétion, la rendrait aigre, séreuse, etc. Cette impression semblerait agir encore, suivant le même auteur, en suspendant la perspiration pulmonaire. La cause stomacale qui irrite médiatement les nerfs de la trachée ou de la poitrine, et occasione la *toux,* prend sa source dans les mauvaises digestions qui laissent différentes sortes de crudités, lesquelles, restant long-temps dans le ventricule, deviennent acrimonieuses et irritent les nerfs de ce viscère, etc. » Il ajoute ensuite : « Ce que l'on rend en toussant est d'abord délayé : tant que cela dure, la toux ne cesse pas , quelque considérable que soit l'expectoration. Dès que les crachats deviennent jaunes et épais, la maladie cesse bientôt. La toux n'est pas très-dangereuse en elle-même ; mais, si on la néglige et qu'elle traîne en longueur, la matière devient encore plus acrimonieuse, la gorge s'enflamme, les poumons s'entreprennent, et la pulmonie peut en être la conséquence. Si la toux est violente, il en résultera peut-être un crachement de sang, outre les autres mauvais symptômes : il faut le prévenir par la saignée, dès qu'on le craint; mais on ne voit cela que rarement chez les enfants; leurs fibres souples prêtent long-temps avant de se déchirer (1). »

Le reste du traitement consiste dans une série de moyens administrés d'une façon méthodique. Ainsi, le matin, on

(1) *Traité des maladies des enfants,* Paris, 1778, pag. 312.

donnera des laxatifs doux. L'après-midi, on fera prendre des adoucissants, et chaque jour, au soir, on prescrira un calmant, *jusqu'à ce que la matière paraisse cuite et assez épaisse*. Ce calmant se compose d'opium, d'ipécacuanha et de sucre... A tout cela il faut joindre la précaution de tenir le sujet à la chambre et même au lit, en lui *frottant les pieds avec du suif de bouc*, d'ordonner une boisson copieuse, des aliments légers et fluides, l'abstinence de tout acide et de toute chose salée.

Nous ne parlerons pas ici de l'*enrouement* et de la *toux titillatoire* ou *gutturale* de Rosen, lesquels ont leur siége au haut de la trachée, paraissent provenir de la même cause que les toux précédentes, et céder à un spécifique composé presque exclusivement de gingembre. Nous ne ferons de même qu'indiquer une toux qui, toujours suivant le même auteur, *vient de gale répercutée, qui est d'autant plus dangereuse que l'humeur psorique produit sur les poumons les mêmes effets que sur la peau, et peut causer la phthisie et même la mort, si le sujet n'est pas secouru à temps*. Dans ce cas, toute la science du médecin paraîtrait devoir tendre à rappeler l'éruption cutanée.

Pour toute description des maladies inflammatoires des bronches, du poumon et des plèvres, on ne trouve dans Underwood qu'un chapitre pareillement intitulé : *de la Toux*, érigée aussi par cet auteur en entité morbide. Il dit, sans mieux le préciser, « que le siége des toux catarrhales est dans la poitrine, que ces toux sont même assez souvent accompagnées de fièvre inflammatoire chez les enfants, surtout de la fin de l'hiver à l'entrée du printemps; qu'en hiver elles sont plutôt accompagnées de grand mal de tête, surtout dans les temps sombres, froids et humides; que celles du passage de l'hiver au printemps cèdent plus aisément, quoique d'abord plus sérieuses; que le pouls doit peu régler la conduite du médecin dans ces maladies, car la moindre circonstance le fait changer : aussi est-ce un symptôme généralement fort incertain à cet âge; enfin, que l'état des yeux et de la respiration donne plus d'éclaircissement. » Il conseille ensuite les bains chauds, et insiste pour que l'on s'occupe d'abord de la fièvre

s'il y en a. « Car, ajoute-t-il, la fièvre la moins forte, avec une toux, trouble le travail de la nature, d'abord par les matériaux viciés que celle-ci doit employer, et ensuite par les secousses réitérées qui déforment insensiblement l'organisation, et font, du corps le plus droit auparavant, un assemblage irrégulier et hideux même lorsqu'on le considère à nu : or ces altérations sont souvent l'ouvrage de très-peu de temps. »

Tout ceci, tout ce qui précède, tout ce qu'ont écrit sur pareil sujet les deux célèbres auteurs qui viennent d'être cités, est au moins bien vague, bien obscur et empreint d'humorisme, de théories nerveuses, mécaniques, de dogmatisme et surtout d'empirisme. A peine s'il est quelques-uns de leurs préceptes théoriques et pratiques qui puissent aujourd'hui soutenir un sérieux examen. Dans ces quelques mots de Rosen, où il est question du retentissement vers la poitrine, de l'irritation des nerfs de l'estomac, on peut à peine reconnaître un faible aperçu des sympathies morbides de ce viscère, auxquelles a été donné, de nos jours, un bien autre développement. Les propositions relatives à la gale répercutée, à un principe psorique considéré comme cause générale de maladie, sont désespérantes d'incertitude; de pareilles idées ont néanmoins été exploitées plus en grand encore par les homœopathes. Ce qu'Underwood avance sur l'état du pouls, sur le peu d'utilité qu'il y a à le consulter chez les enfants, est tout-à-fait contraire à l'observation journalière et à la conviction commune : il n'en est pas de même des données fournies par l'état de la respiration ; elles sont en effet précieuses pour le diagnostic. Mais, quant aux prétendus éclaircissements fournis par l'état des yeux, ils semblent au moins très-incertains, et ce qui est dit à cet égard par notre auteur ne peut guère être considéré comme un aperçu de la séméiologie physiognomonique que l'on voit poindre au facies décrit par Hippocrate (1), et qui, depuis les recherches de M. Jadelot et celles de M. Bourdon, semble avoir atteint son apogée.

(1) *OEuvres complètes d'Hippocrate*, trad. par E. Littré, Paris, 1840, t. II, pag. 113.

Pour A. Leroy, c'est la pituite des anciens, sécrétée par les membranes du cerveau, qui se répartit dans toute l'économie et paraît être la cause de la plupart des maladies et, en particulier, des affections de la poitrine. C'est conséquemment vers la tête qu'il faut porter son attention première quand on veut fortifier la poitrine des enfants ; car il est d'observation que ceux qui deviennent phthisiques (toujours selon l'ancien professeur d'accouchement) ont commencé, dans leur enfance, par avoir des rhumes de cerveau très-fréquents, parce que les membranes de la tête, naturellement faibles et sécrétant la pituite, font, en raison de leur faiblesse, une sécrétion trop grande de sérosité saline. Or, le moyen par excellence, suivant Alphonse Leroy, de fortifier la poitrine des enfants est de fortifier leur tête ! et veut-on savoir comment il faut s'y prendre pour atteindre un résultat si favorable ? On doit leur appliquer de temps en temps un petit bandeau sur le front, bandeau enduit d'un corps gras aromatique ; ensuite on met sur la tête un peu d'huile chaude, on l'essuie et on porte de la chaleur au moyen de farines chaudes arrosées d'un peu d'eau spiritueuse (1) !

Il est, en outre, expressément recommandé, après avoir porté ses vues vers la tête pour fortifier la poitrine, de diriger ses soins vers cette dernière pour agrandir sa cavité, et l'on doit recourir aux mêmes moyens pour lui procurer un plus grand développement. On ne trouverait certes pas de meilleures recettes dans le *Trésor d'Évonyme* et autres rapsodies qui n'ont besoin que d'être exposées pour être définitivement jugées et estimées à leur juste valeur.

M. Gardien (2), dans la partie de son ouvrage consacrée aux maladies des enfants, admet aussi, chez les très-jeunes enfants, une toux stomacale qui dépendrait de la surcharge de l'estomac, et il en décrit une seconde qu'il fait dériver de

(1) *Médecine maternelle, ou l'art d'élever et de conserver les enfants*, Paris, 1830, pag. 325.

(2) *Traité d'accouchement, des maladies des femmes et des enfants*, première édition, 1807.

l'atonie et qu'il attribue à un empâtement muqueux des voies aériennes : la sérosité, la lymphe qui abreuvent les poumons, qui engouent les bronches, les irritent et produisent la toux, qui n'est qu'un symptôme. Après ces deux sortes de toux viennent diverses espèces de catarrhes. M. Gardien donne aussi cette dénomination à la phlegmasie de la membrane muqueuse des voies aériennes ; mais, comme il pense que cette phlegmasie s'étend communément depuis les narines, la gorge, jusqu'aux dernières ramifications des bronches, et que, d'ailleurs, quelle que soit la partie qui soit atteinte, la nature et les causes du catarrhe restent les mêmes. Délaissant les distinctions de coryza, d'enrouement comme peu importantes dans la pratique, M. Gardien paraît trouver plus simple de désigner en bloc toutes ces phlegmasies sous le nom de fièvre catarrhale. Cependant les symptômes du coryza ne sont pas les mêmes que ceux de l'angine, et les signes de la bronchite ne sont pas ceux des deux précédentes affections. Ce que ces maladies ont de commun entre elles, quand elles sont assez intenses pour la provoquer, c'est la réaction générale, qui peut servir, il est vrai, à la déduction clinique de quelques indications, mais non de toutes, et qui, d'ailleurs, appartient aussi à la plupart des maladies aiguës. L'importance thérapeutique bien avérée des localisations, en mettant hors de doute l'utilité des distinctions symptomatiques, démontre assez les inconvénients des trop grandes généralisations (1). Après la description de la fièvre catarrhale comprenant le coryza, l'angine, la bronchite, ou pouvant être constituée par l'une de ces affections, M. Gardien trace l'histoire d'un catarrhe pulmonaire que l'on peut confondre, dit-il, avec la toux des enfants qui font des dents, et avec le rhume. Mais, au sujet de la marche du catarrhe pulmonaire, il est expliqué,

(1) Ces diverses affections marchent souvent compliquées entre elles, ainsi qu'il en est, surtout dans certaines circonstances épidémiques (comme dans la maladie désignée sous le nom de *grippe*); mais bien plus souvent encore se présentent-elles d'une manière isolée.

fort à propos, qu'il est le plus souvent impossible de distinguer, au moment de l'invasion, la phlegmasie de la membrane muqueuse des bronches de la fièvre catarrhale simple, produite par la phlegmasie d'une portion de la membrane muqueuse située moins profondément, et que l'on désigne plus particulièrement sous le nom de rhume. S'il y a de l'inconvénient à confondre sous une même dénomination des maladies qui diffèrent entre elles, sinon par leur nature du moins par leur symptomatologie et leur traitement, il n'est pas moins inopportun de tendre à diversifier une même affection en opposant des noms variés à ses seuls et différents degrés, soit en étendue, soit en intensité. M. Gardien substitue encore le nom de catarrhe suffocant aux désignations précédentes, quand advient l'incident de la suffocation. Et cependant ce médecin reconnaît (ainsi que le prouvent d'ailleurs les observations de Morgagni, de Lieutaud, de Pinel, qu'il cite) que la cause de ce manque de respiration est l'obturation insolite de la plupart des canaux aériens par de l'humeur muqueuse plus ou moins épaisse, et reconnaît, par conséquent, que la suffocation est purement accidentelle. Mais ce n'est pas tout : outre la distinction de catarrhe suffocant primitif, qui dépend de la faiblesse des poumons, et de catarrhe suffocant secondaire, qui est le dernier état d'une autre maladie de la poitrine et plus particulièrement du catarrhe pulmonaire, M. Gardien croit qu'il serait encore important d'admettre deux espèces de ces sortes de maladies, suivant la nature de l'humeur qui détermine la suffocation en interceptant le passage de l'air. Ainsi, il y aurait donc aussi, outre un catarrhe muqueux, un catarrhe suffocant sanguin, car il est dit que l'engorgement des bronches peut être produit par des mucosités ou un afflux de sang.

Au fond, cet auteur ne voyait sous ces différentes désignations, qu'un symptôme, une dyspnée très-grande résultant de l'occlusion des bronches par l'accumulation des mucosités (c'est la bronchorrée de MM. Roche, Andral, Piorry), suffocation qu'il estimait aussi pouvoir être produite par un raptus du sang dans le tissu pulmonaire, et l'imperméabilité subite à

l'air d'une portion plus ou moins grande de ce dernier, c'était bien là aussi, comme du reste il la nommait, l'apoplexie pulmonaire décrite depuis par Laennec.

Selon M. Gardien, quand le catarrhe pulmonaire se prolonge au-delà du deuxième au troisième septenaire, il se termine par chronicité, et il considère cet état chronique comme très-grave, non qu'il pense, avec Cullen, que des catarrhes prolongés et souvent répétés puissent engendrer des tubercules dans les poumons, mais parce qu'à son avis le catarrhe pulmonaire, devenu chronique, peut amener la phthisie catarrhale, qui comprend la phthisie laryngée trachéale et bronchique, et qui, enfin, est caractérisée par la fièvre lente, sans lésion de la substance pulmonaire, mais par une affection de la membrane muqueuse des bronches consistant dans une simple altération de ses propriétés vitales, ou dans une ulcération que l'analogie porterait à admettre, quoiqu'elle ne fût pas encore prouvée par l'autopsie cadavérique.

Dans sa troisième édition publiée en 1824, M. Gardien a senti la nécessité de séparer l'angine de la fièvre catarrhale : peut-être par des motifs analogues aurait-il dû ne pas continuer à réunir les phthisies trachéale, bronchique et laryngée. Cette dernière est extraordinairement rare chez les enfants ; les autres appartiennent véritablement à cette forme connue de la phlegmasie chronique des bronches, caractérisée par le dépérissement, l'expectoration mucoso-purulente, la fièvre hectique, et dans laquelle M. Gardien accuse une prétendue lésion très-peu claire et précisée des propriétés vitales. Les ulcérations de la membrane muqueuse des bronches sont, d'ailleurs, choses reconnues; la possibilité de leur rencontre, dans ces cas, est hors de doute, sans que leur constance soit absolue.

La péripneumonie et la fièvre adynamique sont les complications dont parle M. Gardien ; les symptômes de cette prétendue fièvre ne seraient pour beaucoup que les manifestations de l'irritation directe ou indirecte des centres nerveux.

Les boissons stimulantes et diaphorétiques, les expectorants, les vomitifs, les révulsifs cutanés, sont recommandés par

M. Gardien, et à peine dans sa thérapeutique et parmi le luxe des moyens précédents, est-il question d'antiphlogistiques plus réels, plus directs, plus énergiques et mieux appropriés aux états épisthéniques. Ainsi la saignée générale est à peu près proscrite, et à propos des évacuations sanguines locales, il est seulement dit que quelques sangsues pourront être appliquées avec moins d'inconvénients sur les parties latérales du thorax ou aux aisselles. La phlébotomie cependant est indiquée par notre auteur dans la péripneumonie *catarrhale*, et les ventouses scarifiées sont réservées pour les menaces de suffocation.

M. Capuron s'exprime ainsi (1) : « Si l'on veut avoir un modèle complet d'obscurité et de divagation en fait de médecine, qu'on lise ce qui a été écrit au sujet de la toux des enfants. N'est-ce pas d'abord une grande erreur, ou du moins une violation des règles qui servent de base à la nosologie, que de regarder comme une maladie ce qui ne peut être qu'un symptôme? En second lieu, n'est-ce pas tomber dans le vague que de ranger parmi les causes d'une maladie quelconque les différentes affections qu'elle accompagne ou qu'elle suit? Or, c'est là précisément ce que l'on fait à l'égard de la toux. On commence par la considérer comme une maladie propre, tandis qu'elle suppose elle-même quelques dérangements idiopathiques ou sympathiques dans les organes qui servent à la respiration. Ensuite on en établit autant d'espèces ou de variétés qu'il y a de ces dérangements. Or, ces différentes espèces de toux, que sont-elles autre chose que des symptômes qui indiquent des lésions primitives ou secondaires, idiopathiques ou sympathiques du poumon ou de ses annexes?.... »

On a lieu ensuite d'être étonné de voir annoncer plus loin, dans le même ouvrage, que la *toux vermineuse* guérit au moyen des anthelminthiques. La toux vermineuse (et c'est presque répéter ce qui précède) n'est pas, en effet, une maladie spéciale : directement ou sympathiquement provoquée et établie, la bronchite n'en commande pas moins (et nonobstant même

(1) *Traité des maladies des Enfants*, 2e édit., Paris, 1820, p. 378.

l'expulsion des vers) l'emploi de moyens que l'on oppose généralement à cette maladie. La phlegmasie des voies aériennes, que détermine, par exemple, l'impression irritante du froid, n'en continue pas moins ordinairement de suivre son cours, bien que ce modificateur ait cessé d'agir : l'extension illimitée et trop absolue de l'axiome, *sublatâ causâ, tollitur effectus*, conduirait à l'erreur.

M. Capuron semble aussi confondre l'effet avec la cause, quand il dit que les enfants ont souvent les voies aériennes remplies de mucosités qui les irritent et déterminent des quintes de toux plus ou moins fréquentes. Cette accumulation de mucus bronchique, avec tout ce qui s'y rapporte, est très-réelle sans doute; mais le premier mobile de ces phénomènes est l'irritation, et c'est la suractivité fonctionnelle des sécrétoires qu'il faut au moins d'abord accuser.

C'est sous le nom de catarrhe pulmonaire que se trouve dé crite l'inflammation franche de la muqueuse des bronches, qui est partagée en légère et en intense, réclamant, dans ce dernier cas, avec les boissons adoucissantes, quelquefois la saignée, quand l'enfant est menacé de suffocation.

Au sujet de l'absence de l'expectoration que l'auteur considère comme très-commune et en même temps très-redoutable, il est à remarquer que les enfants crachent rarement, mais avalent leurs crachats ; qu'il n'y a donc pas chez eux, la plupart du temps, manque d'expectoration, mais seulement défaut d'expuition. L'accumulation et la stagnation des mucosités dans les bronches sont certainement possibles, et leurs conséquences menaçantes et parfois funestes; les faits, à cet égard, ont parlé; mais M. Capuron s'est, sans doute, exagéré la gravité et la fréquence de ces accidents, quand il croit pouvoir, à l'aide de ces deux *éventualités*, édifier un catarrhe suffocant, *d'espèce distincte*, se rencontrant chez les enfants faibles (fréquemment, puisqu'il considère l'absence de l'expectoration comme très-commune et très-redoutable), et se révélant par une irruption subite de mucosités et une occlusion mécanique des tuyaux aérifères. La faiblesse dont il est d'ailleurs parlé

porterait à croire que notre auteur ne serait pas éloigné d'admettre un afflux passif de mucus bronchique, d'autant plus que les expectorants et les dérivatifs sont presque exclusivement alors recommandés; tandis qu'auparavant, dans le catarrhe avec grande dyspnée, on devait avoir recours à la saignée. Du reste, en telle occurrence, guidé seulement par l'orthopnée, et privé, d'ailleurs, de l'auscultation, comme cela était en 1813, époque où fut écrit l'ouvrage de M. Capuron, on pourrait être embarrassé sur le choix des moyens à employer; on le serait, en effet, parce qu'au lieu de baser les indications sur des symptômes généraux et locaux, etc., on les déduirait de circonstances accidentelles identiques, et dans lesquelles des moyens très-différents se trouvent proposés, bien que ne pouvant également et indifféremment convenir.

Mais poursuivons l'histoire de la maladie qui nous occupe.

On a distingué plusieurs espèces de bronchites; ainsi on a décrit un catarrhe sec, un catarrhe humide, un catarrhe muqueux, pituiteux, un catarrhe suffocant (1), etc., etc.

Il est, certes, utile de prévoir, de signaler tel symptôme prédominant, tel accident accompli ou imminent; mais il y a loin de là à la nécessité de l'individualiser, de le transformer, par abstraction, en une maladie distincte. Quand, dans le cours d'une seule et même bronchite, on observerait (ce qui, du reste, ne serait pas extraordinaire) successivement absence et surcroît d'exhalation muqueuse, dyspnée, suffocation imminente, plénitude et facilité dans l'expansion pulmonaire, etc., pourrait-on sérieusement prétendre que l'on a eu en présence autant d'affections diverses que l'on a remarqué de variétés ou de modifications dans les phénomènes morbides?

Le croup et la coqueluche, classés parmi les variétés de la

(1) M. Baron ne regarde pareillement le catarrhe appelé suffocant que comme une bronchite intense, avec occlusion des bronches par des mucosités; il pense, en outre, que cette affection se complique souvent de pneumonie, et que l'inflammation se propage fréquemment au larynx.

bronchite, ont offert assez d'importance pour en être néanmoins différenciés et pour donner lieu à de nombreuses monographies.

Les distinctions de bronchites en simples et compliquées doivent d'autant plus être admises, que les complications qui apportent, en général, de notables changements dans la forme, le cours, les terminaisons et le traitement des maladies, sont particulièrement fréquentes dans le jeune âge et fréquentes dans l'affection que nous décrivons. Rien de plus commun, en effet, que d'observer la réunion de la bronchite avec le coryza, avec l'angine (fièvre catarrhale de quelques auteurs), de l'observer avec la variole, la rougeole, la scarlatine ; rien de plus commun, pendant sa durée, que les affections concomittantes et intercurrentes du ventre, de la tête et de la poitrine. Les bronchites subaiguës et chroniques, ainsi que la péripneumonie et la phthisie, s'accompagnent fréquemment, vers leurs terminaisons, de diarrhées qui hâtent le dépérissement général et l'émaciation. C'est par la membrane muqueuse des bronches que commencent presque toutes les inflammations partielles du poumon (1), si fréquentes et si funestes chez les enfants ; et cette considération augmente la gravité de la bronchite qui accompagne presque indispensablement les fièvres éruptives. La bronchite intercurrente est celle à laquelle on peut plus spécialement appliquer l'épithète de latente, surtout quand elle survient pendant le cours d'une maladie assez sérieuse pour appeler à elle toute l'attention du médecin, pendant une méningo-encéphalite, par exemple. Les symptômes généraux et locaux de la bronchite compliquée peuvent se combiner et se confondre avec ceux des pneumonites et pleuro-pneumonites concomitantes ; tandis que les phénomènes sympathiques de réaction générale s'allient seuls entre eux quand l'inflammation des bronches marche de concert avec toute autre maladie à intensité fébrile, mais étrangère aux voies aériennes.

(1) M. Baron pense aussi que, particulièrement chez les enfants, la bronchite précède et occasione fréquemment la péripneumonie.

C'est un mode de division peut-être minutieux, mais d'une importance pratique incontestable, que de distinguer la bronchite en légère (rhume), aiguë, subaiguë et chronique. Cette dernière espèce de bronchite est, du reste, le plus souvent apyrétique, ou du moins avec absence de pyrexie diurne, et elle simule, parfois, alors la phthisie. Entre elle et la bronchite sub-aiguë; il n'est quelquefois d'autre différence que celle qui résulte de la longueur de sa durée (1).

La toux est le symptôme prédominant; elle est tout-à-fait caractérisque dans le croup et la coqueluche; elle est laryngée, gutturale dans la laryngite, la trachéite; est profonde dans la bronchite capillaire, la pneumonie; claire, sonore, sèche dans la pleurésie; enfin grasse vers l'époque de la résolution des phlegmasies bronchiques et pulmonaires, ou de leur passage à l'état subaigu ou chronique (2).

L'action de tousser fait remonter jusque dans la bouche les mucosités bronchiques; mais elles sont rejetées dans le pharynx et avalées par les jeunes enfants, de sorte qu'il y a bien véritablement chez eux expectoration, mais non (ou du moins très-rarement) expuition : aussi est-il souvent impossible, avant l'âge de huit ou neuf ans, de s'assurer de la nature des crachats. Cependant, comme par une espèce de compensation, les enfants en bas âge vomissent facilement, que les efforts de toux amènent fréquemment chez eux des vomituritions, on peut quelquefois, quand l'acte de la digestion n'en a pas altéré encore la nature, retrouver le mucus pectoral parmi les matières rejetées de l'estomac.

La toux, qu'elle soit plus ou moins rare, est le symptôme sur lequel on peut compter davantage dans la bronchite. La sensibilité exaltée de le membrane muqueuse des bronches est

(1) Selon M. Baron, on observe également, chez les enfants, les bronchites aiguës, sub-aiguës ou chroniques; mais, chez eux, l'état chronique est bien moins fréquent que l'état aigu.

(2) Roche, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. BRONCHITE et BRONCHORRHÉE, t. 4, pag. 258.

trop exquise pour que le contact des mucosités et les impressions atmosphériques ne déterminent, au moins, à quelques reprises, le besoin impérieux de la toux. Cependant Billard prétend, que le catarrhe bronchique, chez les jeunes enfants, n'a souvent d'autre symptôme que le râle muqueux, ou même la respiration bruyante. Nous avons rencontré des traces cadavériques évidentes de pneumonies, bien que ces phlegmasies aient été latentes et non accompagnées de toux pendant la vie; mais l'absence de ces symptômes peut, il es vrai, mieux se concevoir dans ces circonstances que dans les précédentes, par ces motifs : que, dans la pneumonie, les portions phlogosées sont totalement envahies et peuvent devenir subitement imperméables à l'air, tandis que dans l'inflammation de la surface interne des tuyaux bronchiques d'une certaine grosseur, rien n'interromp vers les points enflammés, le passage irritant de l'air et l'abord des mucosités.

La respiration peut être plus ou moins accélérée ou haletante dans la bronchite : la dyspnée peut être médiocre; il peut y avoir de l'orthopnée. L'augmentation, dans un temps donné, du nombre des mouvements respiratoires peut suivre l'accroissement semblable des pulsations de l'artère, et tendre ainsi à conserver le rapport physiologique d'un à trois ou quatre; mais l'accélération des mouvements du thorax peut aussi dépasser proportionnellement celle des battements artériels (obs. 95). Les grandes dyspnées sont particulières à certaines bronchites, à celles très-étendues et qui occupent les dernières ramifications des bronches, ou plus particulièrement encore à celles qui s'associent à une déformation antécédente des parois de la poitrine. (Obs. 87.)

Les obstacles à l'hématose sont alors doubles, ainsi que nous l'avons déjà dit, et quand, en outre, les ramuscules de l'arbre bronchique sont obstrués par des mucosités, rien d'étonnant que la suffocation soit imminente, car elle pourrait avoir lieu par le seul fait de cette obstruction. M. Andral a rapporté deux observations dans lesquelles du mucus concrété bouchait les dernières ramifications des bronches et avait produit la suffo-

cation. M. Piorry s'est particulièrement appesanti, dans ces derniers temps, sur l'asphyxie produite par la supersécrétion du mucus bronchique. Ces accidents se rattachent aux phlegmasies des voies aériennes, dont ils sont une terminaison particulière, mais ne constituent pas d'états morbides spéciaux; et leur chiffre ne semble s'être accru que par la non-élimination de cas qui, tout bonnement, appartiennent au râle des agonissants, effet et non cause de l'extinction de la vie.

Si l'on voulait assigner le nom de bronchorrée à tous les états morbides où il se forme une accumulation grave de mucus dans les canaux aérifères, il faudrait le donner plus ou moins irrégulièrement à une foule d'affections diverses ou à certaines terminaisons de maladies différentes. Ainsi elle deviendrait applicable à certains cas de coqueluche, qui seraient alors en effet de véritables bronchorrées, tantôt aiguës, tantôt chroniques; elle conviendrait aussi à la dernière période de quelques bronchites capillaires étendues, de phthisies pulmonaires de pleuro-pneumonies et de pneumonies, chez des enfants maladifs, affaiblis, chez lesquels la nature épuisée et incapable de réagir, ne peut se débarrasser des mucosités accumulées dans les bronches. Enfin, ce serait aussi de bronchorrée que périraient quelques enfants, à la suite du croup et de l'opération de la trachéotomie : tel il serait arrivé dans l'observation que nous avons rapportée pag. 320.

A l'époque où l'on ignorait l'usage de la percussion et de l'auscultation, c'est sous le nom de catarrhe suffocant que se trouvaient plus particuliérement décrites, chez les enfants, les bronchites avec pneumonie intercurrente.

On appellerait de la sorte maintenant, selon le docteur Blache (1), toute bronchite dans laquelle une dyspnée considérable, survenant tout-à-coup, peut amener la mort dans un temps très-court.

Du reste, les dyspnées sont loin d'être dans les attributs exclusifs de la bronchite. L'orthopnée est moins rare encore et

(1) Article catarrhe suffocant, *Dict. de méd.* en 25 vol., t. 6.

non moins grande dans certaines maladies organiques du cœur, des gros vaisseaux, des poumons et des plèvres. M. Andral attribue à une congestion sanguine ou à une névrose les dyspnées mortelles et sans lésions cadavériques. Les troubles de l'innervation, les spasmes, les convulsions qui résultent de l'irritation directe ou sympathique des centres nerveux peuvent encore porter, jusqu'à l'asphyxie, l'entravement à l'hématose, à la respiration. Le ballonnement du ventre, et particulièrement le météorisme symptomatique de la péritonite, suspendent, enraient le jeu du diaphragme, et peuvent occasioner aussi une dyspnée considérable.

Les signes fournis par la percussion, quoique négatifs dans la bronchite, ne seraient pas moins d'une très-grande utilité, s'ils n'étaient tels dans diverses autres affections des organes thoraciques. Quant à l'auscultation; à l'aide du stéthoscope ou plus simplement de l'oreille appliquée contre les parois de la poitrine, on perçoit divers râles, tels que le râle sibilant, le râle sonore, le râle muqueux; on les reconnaît réunis ou séparés, et il n'est pas même très-rare d'entendre de la crépitation. C'est quand l'inflammation occupe les dernières ramifications des bronches, que se manifeste particulièrement ce dernier phénomène (1). Il en résulte que le râle crépitant, dont l'existence a déjà été admise par Laënnec dans l'apoplexie pulmonaire et dans l'œdème du poumon (quoiqu'il soit moins sec alors que dans la pneumonie au premier degré), est isolément incapable de donner, pendant la vie, l'idée précise de la modification pathologique que le scalpel pourra découvrir après la mort. La respiration n'est quelquefois que bruyante, courte et très-fréquente, sans râle nettement caractérisé. Mais un phénomène auquel on a voulu prêter une grande importance est la suspension de la respiration dans différents points

(1) M. Baron, sans avoir de données positives sur la fréquence relative des bronchites des troncs principaux et de celles qui ont particulièrement pour siége les dernières ramifications des bronches, considère, en général, ces affections comme très-fréquentes chez les enfants.

de la poitrine : Laënnec n'hésite pas à le regarder comme un signe pathognomonique de la bronchite, et cependant il avoue que cette suspension est parfois incomplète, et qu'elle peut même manquer. Ce que nous avons remarqué d'analogue chez les enfants, est plutôt une diminution passagère et inconstante dans l'intensité du bruit respiratoire, une sorte de faiblesse momentanée et locale dans l'expansion pulmonaire, qui semble résulter de l'obstruction accidentelle de quelques tuyaux bronchiques par un afflux de mucosités. Ce phénomène est surtout fréquent dans la bronchite spasmodique ou coqueluche(1).

Billard dit que la réaction fébrile est nulle ou presque nulle chez les jeunes enfants. M. Denis prétend, au contraire, qu'il n'est pas rare qu'il y ait chaleur à la peau, alternant avec la sueur, accélération et même irrégularité dans les battements du cœur. Passé la première année, assez constamment le pouls est fébrile dans la bronchite aiguë; il l'est encore dans la bronchite subaiguë, où il devient fréquent aux approches de la nuit, ainsi que dans la bronchite chronique; la peau, en même temps que le pouls s'accélère, est ordinairement chaude et sèche, quoiqu'à un moindre degré que dans les affections des voies digestives. Néanmoins, et malgré l'accélération des battements du pouls, il n'est pas extraordinaire de voir cette membrane conserver sa température naturelle. Quelquefois la chaleur de la peau paraît inégalement augmentée, et cette différence de température paraît surtout sensible à la face interne des poignets et des avant-bras. Quand l'ardeur de la peau persiste jusqu'à la résolution commençante de la phlegmasie des bronches ou du poumon, elle s'éteint rarement sans donner lieu à une augmentation de la perspiration cutanée (très-sensible à l'odorat quand on découvre le malade) ou à des sueurs appelées critiques. La transpiration n'est

(1) Cette suspension momentanée de la respiration, donnée par Laënnec comme un signe pathognomonique de l'existence de la bronchite, est, du reste, au contraire, un phénomène rare, suivant M. Baron.

souvent aussi que partielle; ainsi, on la voit se borner aux parois thorachiques, etc. La bronchite, chez les jeunes enfants, s'accompagne assez fréquemment, mais plutôt vers son début, de hoquets et d'éternuements.

L'impression du froid qui occasione un catarrhe, dit Cullen (1), agit sans doute en diminuant la transpiration qui a coutume de se faire par la peau, et qui est par conséquent déterminée à la membrane muqueuse des voies aériennes.

Lors de l'action du froid sur le tégument, le sang afflue vers les poumons, suivant Broussais (2), et dès-lors l'exhalation de la sécrétion muqueuse y est augmentée et si, après la cessation de la cause, l'équilibre n'est pas rétabli, il y a une irritation morbifique dans la membrane des bronches.

Que le froid et particulièrement le froid humide agisse en supprimant la perspiration cutanée et que, dans ces circonstances, la membrane muqueuse des voies aériennes soit obligée de suppléer aux fonctions de la peau, et qu'il y ait ce qu'on appelle alors rétrocession; que le froid irrite par sympathie ou directement la surface intérieure des bronches..., n'en est-il pas moins vrai que le refroidissement a toujours été accusé comme la cause la plus ordinaire et la plus fréquente de la bronchite? Cette maladie n'accompagne, probablement, même aussi fréquemment, les fièvres éruptives que parce que les petits malades s'agitent beaucoup et se découvrent, soit durant les prodromes, soit durant le cours de ces affections: du moins c'est là aussi une cause.

Les variations de température, l'influence des saisons, ne sauraient être révoquées en doute dans la production des rhumes, et l'on a remarqué qu'ils étaient beaucoup plus fréquents le printemps et l'automne, époque où les vicissitudes atmosphériques et les transitions brusques sont plus grandes.

Un peu de toux seulement annonce quelquefois l'invasion de

(1) Cullen, *Instut. de méd. pratique*, traduit par Ph. Pinel, Paris, 1785, t. 11, p. 44.

(2) Broussais, *Phleg. chron.*, t. 1, p. 166.

la bronchite; d'autres fois, elle est précédée ou s'accompagne de tristesse, de criailleries, de mauvaise humeur, de perte d'appétit, de courbature, puis presque immédiatement surviennent et chaleur à la peau et accélération dans les battements du pouls, si la phlegmasie a quelque intensité. Des vomissements précurseurs, une sorte d'indigestion au début, annoncent presque toujours une affection d'une certaine gravité. Les enfants sont parfois très-agités pendant les accès de toux, leur figure s'injecte, se tuméfie et, parfois aussi, les battements du cœur deviennent momentanément alors irréguliers. La toux est plus fréquente la nuit que le jour, ce que l'on peut attribuer à l'impression plus irritante de l'air plus frais. Peut-être aussi faut-il accuser la fatigue de la journée; peut-être la toux de nuit semble-t-elle aussi plus fréquente et plus fatigante, parce qu'elle a lieu pendant un temps d'ordinaire consacré au repos et à la tranquillité. Il est inutile de répéter ce qui a été dit au sujet des vomissements que provoque la toux, ainsi que de la sensibilité épigastrique occasionée par les secousses du diaphragme, et sans pour cela qu'il y ait de gastrite. La douleur est quelquefois pré-sternale et se révèle à la fin des quintes; mais, outre qu'elle n'existe pas toujours, les petits malades ne sont pas constamment en état d'en rendre compte. La réaction générale, ainsi que nous l'avons dit, n'est quelquefois que vespérale, surtout dans les bronchites chroniques; elle est continue avec exacerbation nocturne dans les bronchites aiguës et subaiguës; mais les phénomènes de participation du système circulatoire varient peu; que son émotion se lie à une phlegmasie des poumons ou des bronches, le mode le plus ordinaire du pouls est d'être petit et fréquent. On ne rencontre pas, en général, *de pouls pneumonique* chez les enfants; le moindre volume de l'artère et la faiblesse inhérente à cet âge semblent un obstacle au développement et à la grandeur des battements de la *radiale*.

Quand la bronchite est légère, les symptômes généraux et la plupart des symptômes locaux manquent; la toux seule, le plus souvent, trahit cette indisposition, dont la durée n'est

guère que de quelques jours, et dépasse rarement une semaine. La bronchite aiguë dure rarement moins de quinze jours, fréquemment trois semaines; à l'état subaigu, cette affection dépasse souvent ce dernier terme; enfin, la durée de la bronchite chronique peut être de plusieurs mois. Le temps nécessaire pour observer un temps d'arrêt ou une diminution dans l'intensité des symptômes est variable, et dépend en grande partie des individualités et de la bonne direction du traitement. Quand la bronchite tend vers la résolution, la toux perd de sa sécheresse et de sa fréquence, elle devient grasse; le pouls se ralentit, la chaleur de la peau est moindre. Quand lá résolution de la bronchite est incomplète, celle-ci passe à l'état chronique ou se ranime, puis se continue sous la forme subaiguë; elle peut, toutefois, affecter primitivement cette dernière forme, et c'est plus particulièrement quand elle est intercurrente, qu'elle se déclare chez des individus faibles, épuisés ou peu irritables. La bénignité apparente de ses symptômes, l'absence de ceux-ci, leur pâleur contrastant avec les progrès du mal font alors donner à cette affection l'épithète de *latente*. La bronchite latente est souvent l'origine de la pneumonie latente. La bronchite, en apparence la plus légère, peut n'être que le passage à une maladie des plus graves.

La toux peut être quinteuse dans la bronchite, ainsi que dans la coqueluche; mais, dans cette dernière maladie, les quintes de toux sont suivies d'un sifflement particulier, d'une inspiration bruyante, d'expectoration ou plutôt de vomituritions de liquide clair et filant, etc. Dans la laryngo-trachéite simple comme dans la laryngo-trachéite pseudo-membraneuse, ou croup, la voix, la toux sont enrouées, rauques; mais, dans la première de ces affections, il n'y a ni engorgement des glandes sous-maxillaires, ni expectoration de fausses membranes. Nous nous sommes déjà expliqué sur la multiplicité et l'inconstance des râles dans toutes les inflammations des voies aériennes chez les enfants. La faiblesse locale de l'expansion pulmonaire, du bruit respiratoire s'observe dans

la pneumonie et dans la bronchite; mais elle est permanente dans l'une, tandis qu'elle n'est que passagère dans la phlegmasie des bronches. La poitrine est sonore dans la bronchite; elle l'est également dans la pneumonie centrale, lobulaire; elle l'est encore dans la pleurésie, avant l'empyème, dans l'emphysème du poumon, le pneumo-thorax, et quelquefois même dans l'œdème du poumon. La résonnance naturelle de la poitrine est d'ailleurs, ainsi que nous le savons, très-grande chez les enfants, et telle qu'on ne peut souvent, au moyen de la percussion, reconnaître certaines modifications organiques que quand elles sont parvenues à un degré avancé, plus avancé qu'en pareille circonstance chez les adultes.

Les signes propres et les signes négatifs servent, en général, à différencier les maladies entre elles : dans la bronchite, les signes négatifs prédominent.

Aux caractères anatomiques de la bronchite, appartiennent aussi les variétés de dispositions assignées à la coloration rouge des membranes muqueuses.

Rougeur par plaques, rougeur par stries, rougeur pointillée, rougeur uniforme, etc... Parfois, sans que la bronchite ait été chronique, la rougeur est foncée. (Obs. 87, etc.)

QUATRE-VINGT-TREIZIÈME OBSERVATION.

Bronchite et bronchite capillaire.

Chez un jeune enfant âgé de deux ans et demi, et qui succomba au bout d'un mois environ aux suites d'une méningo-encéphalite et d'une bronchite capillaire, voici les principaux symptômes qui furent observés : convulsions, sensibilité et motilité intègres dans les intervalles; dilatation des pupilles, assoupissement continuel; pouls très-fréquent, cent vingt pulsations par minute; peau chaude, toux, criailleries; râle crépitant en arrière dans tout le côté droit de la poitrine, oppression; quelques vomissements au début; un peu de diarrhée; amaigrissement progressif, altération de la face. Mort.

Autops. cad. Traces évidentes d'injection du côté des membranes et de la substance du cerveau.

Thorax : Plèvres saines ; ganglions bronchiques et inter-bronchiques peu développés et violacés ; muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches uniformément colorée en rouge-brun. Les deux poumons sont parfaitement crépitants et n'offrent même pas de traces d'engouement.

QUATRE-VINGT-QUATORZIÈME OBSERVATION.

Bronchite.

Chez un enfant âgé de deux ans et huit mois, et qui succomba aussi un peu plus d'un mois après l'invasion de la maladie, furent rencontrés, par nous, les principaux symptômes et altérations organiques suivants : Toux fréquente, oppression considérable ; peau chaude ; pouls fréquent, cent trente-deux pulsations par minute ; soixante inspirations dans le même temps ; râle crépitant des deux côtés, surtout en arrière.

Autops. cad. Thorax rétréci, déprimé sur les côtés ; rachis bien conformé ; ganglions bronchiques rouges assez développés ; muqueuse de la trachée pâle ; teinte vineuse de celle des bronches, et surtout des ramuscules bronchiques ; poumons crépitants, un peu engoués cadavériquement en arrière.

Assez souvent la rougeur n'existe que dans les intervalles des cerceaux cartilagineux de la trachée ; quelquefois, enfin, et bien que la phlegmasie ait évidemment existé, aucune rougeur ne se rencontre à l'autopsie (voir les autres observations).

Une rougeur plus ou moins marquée et tout au plus un certain degré d'épaississement de la muqueuse des bronches sont les seuls caractères anatomiques de la bronchite aiguë ; encore ces caractères anatomiques disparaissent-ils quelquefois après la mort (1) (Laënnec). M. Denis signale aussi cette absence de coloration, et même une blancheur qu'il rapporte à une *altération blanche.*

(1) Il est plus ordinaire, suivant M. Baron, de rencontrer, à la suite des bronchites, la rougeur de la membrane muqueuse des bronches ; mais quelquefois cependant la coloration a disparu, probablement par l'effet de la mort.

Il est difficile de donner une explication bien complète de l'absence d'un des caractères les plus tranchés de l'inflammation après l'existence bien constante de celle-ci. Cependant la rougeur même érysipélateuse de la face (Bichat en avait fait la remarque), s'éteint souvent avec la vie, et généralement la pâleur envahit les extrémités et la périphérie du corps au moment de la mort. Cette disparition plus ou moins complète de la coloration semble résulter du retrait du sang vers les organes centraux de la circulation; phénomène qui proviendrait lui-même de la suspension de l'action du cœur, tandis que les capillaires continueraient au-delà leurs fonctions. Les propriétés vitales de ceux-ci persistant les dernières, ils renvoient du sang et n'en reçoivent plus; ils se dégorgent ainsi et finissent par se vider plus ou moins complètement. La mort gagne, en effet, plus ou moins vite ou plus ou moins lentement telle ou telle partie de ce système, suivant son éloignement des parties centrales de l'innervation et de la circulation, suivant sa résistance vitale, suivant la présence ou l'absence de stimulus. La stimulation de l'air pourrait, de cette sorte, être une cause de prolongation de l'action des capillaires sanguins, et pour le tissu dermoïde et pour la surface interne des bronches; ce qui, enfin, expliquerait, dans certaines circonstances, l'absence de la rougeur de ces parties, après leur état antécédent de phlogose. Une autre explication consisterait à faire intervenir, après l'extinction des forces vitales, les actions et réactions chimiques et physiques, la disgrégation moléculaire, les transsudations, etc.; mais elle se trouverait contredite par les ouvertures récentes de cadavres, faites avant que les lois en question aient eu le temps de se développer activement. Il n'en est pas moins certain que la décomposition vitale ne puisse être une cause de coloration à l'égard des parties déclives et de décoloration pour celles dans une situation opposée : c'est dans ce sens, et avec ces restrictions que l'on peut admettre, avec Laënnec, que la teinte rouge augmente avec le temps qui s'écoule après la mort.

L'inflammation, bornée le plus souvent à la membrane

muqueuse des bronches, attaque ces dernières quelquefois plus profondément et même dans toute leur épaisseur : M. Denis a trouvé des ecchymoses dans le tissu sous-muqueux. Les épaississements de quelques tuyaux bronchiques, les ulcérations qui ont creusé au delà de la membrane muqueuse prouvent assez que la phlegmasie peut s'étendre au-dessous de cette membrane. La muqueuse des bronches est quelquefois boursouflée, elle devient aussi moins consistante; mais ce n'est que dans les bronchites chroniques que s'observent ses ramollissements, et dans celles qui ont duré très-long-temps; dans celles, suivant Laënnec, qui accompagnent les fièvres graves; dans celles qui accompagnent les vieilles maladies du poumon, la phthisie. M. Louis les regarde comme très-communs à la suite de cette dernière maladie. Les ulcérations de cette membrane (1) sont rares en l'absence des tubercules pulmonaires; cependant celles qui siègent à la base de la trachée ou dans le larynx sont plus fréquentes. L'opinon de M. Andral est aussi que la muqueuse des bronches s'ulcère et se ramollit très-rarement, et que la fréquence de semblables ulcérations va en décroissant de haut en bas, de telle sorte que les laryngites chroniques ulcéreuses seraient assez communes. Néanmoins, les ulcérations des secondes divisions bronchiques s'observent aussi quelquefois (obs. 69). Il est même une sorte d'ulcérations bronchiques assez fréquentes chez les enfants scrofuleux; ulcérations qui ont lieu de dehors en dedans, et que l'on observe particulièrement à la suite de la dégénérescence des glanglions bronchiques (voir un peu plus loin à l'article portant ce dernier titre), et qui atteignent, au contraire, presque exclusivement les divisions principales ou secondaires des bronches. Les rétrécissements, soit de la trachée, soit des bronches principales, qui, parfois,

(1) Les ulcérations des bronches (qui s'observent plutôt à la suite des bronchites chroniques) sont, du reste, d'après M. Baron, rares chez les enfants. Quelquefois encore on rencontre également chez eux (pareillement à la suite des bronchites chroniques), l'œdème et l'emphysème du poumon.

s'observent chez les adultes et surtout chez les vieillards, semblent très-rares chez les enfants ; tandis que, chez eux, les dilatations se rencontrent assez fréquemment, ce qui n'a pas lieu à d'autres âges. Selon Laënnec, ces lésions organiques sont plus communes dans le lobe supérieur et vers le bord antérieur du poumon ; elles n'affectent ordinairement qu'un petit nombre de ramifications bronchiques ; mais quelquefois cependant elles existent dans un lobe entier et tous les rameaux bronchiques qui s'y distribuent. Lorsque la dilatation est aussi étendue, le tissu pulmonaire intermédiaire est flasque, privé d'air, évidemment comprimé, et tout-à-fait dans le même état que celui d'un poumon refoulé vers la colonne vertébrale par un épanchement séreux ou purulent. Dans le cas où la dilatation bronchique est légère, et n'affecte que les petits rameaux, par lesquels elle semble toujours commencer, il est très-facile de la méconnaître à l'ouverture des corps. Un des signes qui peuvent le plus facilement éveiller l'attention, à cet égard, est l'écoulement d'un mucus puriforme qui sort par gouttelettes des petites ramifications bronchiques à l'incision du poumon. Le même auteur parle des dilatations avec ramollissement, avec épaississement de la muqueuse des tuyaux bronchiques, de celles avec amincissement extraordinaire, qui prêtent quelque ressemblance avec les poumons vésiculeux des batraciens. Dans tous ces cas, on ne distinguerait plus rien de l'appareil musculaire jaunâtre qu'on remarque autour des bronches saines. Les causes qu'il assigne à ces dilatations sont l'accumulation des crachats dans les bronches, et la force qui tend à faire passer à travers ces rameaux la matière tuberculeuse ou gangréneuse ramollie, au moyen de l'expiration forte qui constitue la toux. Les signes qu'il donne de ces altérations organiques sont la pectoriloquie, le râle caverneux, la respiration bronchique, puérile, la bronchophonie diffuse, etc.; enfin il regarde cette affection comme une suite et une complication du catarrhe chronique muqueux. M. Andral attribue

aussi les dilatations bronchiques à une cause mécanique (1); elles ont lieu dans les troncs principaux et les secondaires; elles ne forment pas une espèce de poche anévrysmale, mais s'effectuent dans toute la circonférence et souvent dans toute la longueur d'un ou de plusieurs tuyaux bronchiques. M. Denis, qui les considère comme très-rares dans la première enfance, les rapporte aussi aux efforts de la toux. M. Guersant, dans ses leçons de clinique, considérait ces dispositions anatomiques plutôt comme primitives, congénitales; fondant cette opinion sur ce qu'on les observait chez des enfants qui n'avaient presque pas toussé, aussi bien que chez ceux dont la toux avait été très-fréquente, et sur ce qu'en outre ces dilatations étaient souvent accompagnées d'épaississement de tissu (obs. 81 et 82). Ces altérations organiques s'observent plutôt après les toux qui ont duré long-temps qu'après celles moins prolongées et qu'accompagnent de grands efforts. Les bronches qui communiquent avec les cavernes pulmonaires sont presque toujours dilatées. Ces dilatations ne commencent pas toujours par les petits rameaux, ainsi que le pensait Laënnec, puisqu'on les observe quelquefois seulement sur des troncs moyens ou principaux sans que les extrémités aient subi de modifications.

La pectoriloquie, le râle caverneux et même le son de pot fêlé ont été aussi désignés comme pouvant également se manifester lors de l'existence de ces lésions. Ces symptômes, attribués aux cavernes pulmonaires et déjà rares dans ces circonstances, le sont encore davantage dans celles dont il est question. Il n'a été du reste observé rien d'analogue dans les observations que nous avons citées. Il est à remarquer en outre, que les dilatations bronchiques étaient prononcées et étendues, et que les effets de compression ambiante, accusés par Laënnec, n'existaient pas. L'un des sujets ne toussait

(1) La dilatation des bronches est, suivant M. Baron, un résultat des efforts de la toux; mais il n'a pu reconnaître si l'emphysème du poumon, qu'il ne considère pas comme très-rare chez les enfants, est pareillement occasioné chez eux par de semblables efforts qui auraient déterminé la rupture de quelques vésicules pulmonaires.

que depuis un mois lors de son entrée à l'hôpital; mais nous ignorions, il est vrai, s'il avait eu antérieurement de longues toux, la coqueluche : les caractères anatomiques de l'inflammation, la rougeur des bronches étaient dans ce fait très-évidents.

Les gouttelettes de pus que l'on voit sortir après l'incision des ramuscules bronchiques peuvent bien s'observer en même temps que la dilatation de celles-ci, mais ne sauraient être prises pour la preuve de son existence, car elles n'indiquent que la présence antérieure d'une phlegmasie, que l'existence de bronchite capillaire. L'accumulation de mucus purulent dans les bronches semble une des conditions indispensables à la production de l'altération organique en question, mais sans que cette dernière soit la conséquence forcée de cette accumulation.

QUATRE-VINGT-QUINZIÈME OBSERVATION.

Bronchite capillaire terminée par suppuration.

Guilmain (Louis), âgé de trois ans, sujet à s'enrhumer, succomba à l'hôpital après quinze jours de maladie. Le catarrhe pulmonaire, qui accompagna la rougeole qui l'alita, devint l'affection principale. Les symptômes les plus remarquables furent les suivants : Toux fréquente, beaucoup d'oppression, agitation, insomnie; pouls, cent vingt-huit pulsations par minutes, résistant et dur; nausées après la toux; râle crépitant et râle muqueux à droite; quarante-huit inspirations par minute; le nombre des inspirations s'éleva, plus tard, jusqu'à soixante-huit dans le même espace de temps; pouls, cent vingt pulsations; râle sous-crépitant à droite.

Autops. cad. Muqueuse des voies aériennes généralement pâle; ganglions inter-bronchiques développés et rouges; bord postérieur des poumons engoué, mais cadavériquement; les ramifications bronchiques laissent suinter, quand on les presse, du mucus purulent en médiocre abondance; elles ne paraissent pas dilatées. Rien, d'ailleurs, de remarquable dans les autres organes.

Nous mettrons pareillement sur le compte de ces amas de mucus les dilatations ou distensions des vésicules pulmonaires, qu'il est assez commun de rencontrer chez les enfants après les bronchites capillaires subaiguës ou chroniques et à la suite des coqueluches (1). L'incision de certaines portions du tissu du poumon donne lieu aussi alors à l'issue d'une multitude de gouttelettes purulentes.

QUATRE-VINGT-SEIZIÈME OBSERVATION.

Bronchite occupant les dernières ramifications des bronches.

P*** (Auguste), âgé de deux ans et demi. Durée de la maladie, trente-huit jours. Symptômes principaux, modifications qu'ils ont présentées; complications : Toux fréquente et par quintes, plus fréquente et plus forte la nuit; fièvre; un peu de diarrhée; glandes engorgées au cou. Au bout d'un mois de maladie, après alternatives de mieux et de plus mal, éruption de rougeole; peau chaude, sèche; pouls très-fréquent, cent vingt pulsations par minute; toux sèche, par quintes; plus de diarrhée; râle sous-crépitant en arrière, pas de sifflement bronchial; le râle est plus étendu à droite, et s'entend aussi sous l'aisselle du même côté; langue rose, humide; pas de douleur au ventre, pas de selles. Pouls, cent trente-deux pulsations; oppression, respiration fréquente; toux petite, sèche et par quintes, agitation, insomnie. La percussion du thorax paraît toujours également sonore; râle crépitant des deux côtés. Mort.

Autops. cad. Adhérences celluleuses dans divers points de la cavité thoracique et des deux côtés; pas d'épanchement. Les dernières ramifications des bronches contiennent un mucus puriforme et spumeux. En incisant le tissu pulmonaire et surtout en en pressant les tranches, on voit suinter des gouttelettes nombreuses de pus blanc-jaunâtre de toutes les ouvertures bronchiques et cellules qui en semblent remplies et

(1) Laënnec, *Auscultation médiate*, t. 1, 340.

comme distendues. Du reste, la membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches, aussi loin que l'on peut suivre cette dernière, ne présente pas de coloration rouge, ne semble nullement injectée. Les ganglions bronchiques sont rouges et développés, surtout à droite. Quelques portions de l'un et l'autre poumon sont plus ou moins engouées. L'inflammation semble, des extrémités des bronches, avoir commencé à gagner le tissu vésiculaire. Cœur, état normal.

Estomac et intestins, annexes des organes digestifs, n'offrant rein de remarquable. *Cerveau :* Consistance et coloration naturelles.

L'altération organique s'étend à quelques lobes, portions de lobes, ou seulement à quelques lobules du poumon. En promenant les doigts à leur surface, on sent parfois de légères, de très-légères élevures, dont quelquefois aussi on n'a point perception. Le tissu ainsi altéré surnage quand on le plonge dans l'eau, et ne se coupe pas facilement par tranches comme les parties hépatisées. Sous la pression, d'ailleurs, ce tissu crépite, et l'on peut même ainsi produire une infiltration purulente inter-vésiculaire comparable, jusqu'à un certain point, à un pareil épanchement d'air, à l'emphysème inter-lobulaire. Nous serions même tenté de croire à la possibilité, pendant la vie, de semblables infiltrations; de croire que des collections purulentes peuvent aussi être dues à la distention et à la rupture de quelques vésicules pulmonaires remplies de pus. L'amas de pus augmentant, les parties ambiantes refoulées et phlogosées formeraient les parois du foyer. Ce serait un autre mode de formation des abcès du poumon, et la bronchite capillaire partagerait, avec la pneumonie *partielle* ou *lobulaire*, la faculté de produire ces abcès.

Il y a une certaine analogie entre les dilatations résultant de l'accumulation du pus dans les vésicules du poumon et l'emphysème vésiculaire décrit par Laënnec. Cette dernière altération organique consiste aussi dans la dilatation des vésicules pulmonaires, mais produite par l'effort de l'air ; elles

atteignent, de la sorte, le volume d'un grain de chénevis, d'un noyau de cerise ou d'un haricot. Souvent les vésicules les plus dilatées ne dépassent pas la surface du poumon; d'autres fois elles y forment une légère saillie. Ainsi qu'il en est déjà (dit l'auteur que nous citons) pour la dilatation des ramuscules bronchiques, c'est aux suites du catarrhe sec qu'il faut attribuer l'emphysème vésiculaire, et voici comme est expliqué le mécanisme de sa formation : « Nous avons vu que, dans le catarrhe sec, les petits rameaux bronchiques sont souvent complètement obstrués, soit par les crachats perlés ou nacrés, soit par le gonflement de leur membrane muqueuse : or, comme les muscles qui servent à l'inspiration sont forts et nombreux, que l'expiration, au contraire, n'est produite que par l'élasticité des parties et la faible contraction des muscles intercostaux, il doit souvent arriver que dans l'inspiration l'air, après avoir forcé la résistance que lui opposent les mucosités ou la tuméfaction de la membrane muqueuse bronchique, ne peut la vaincre dans l'expiration, et se trouve emprisonné par un mécanisme analogue à celui de la crosse du fusil à vent. Les inspirations suivantes, ou au moins les plus fortes d'entre elles, amenant dans le même lieu une nouvelle quantité d'air, produisent nécessairement la dilatation des cellules aériennes auxquelles se rend la bronche obstruée, et pour peu que l'accident soit durable, cette dilatation doit devenir un état fixe et permanent. »

Le mécanisme de la dilatation vésiculaire, dont nous avons parlé, différerait peu de celui exposé par Laënnec : l'abondance de la sécrétion mucoso-purulente et le refoulement continuel de ces fluides dans l'inspiration seraient, en effet, les causes mécaniques de ces sortes de déformations. On pourrait donc admettre deux sortes de dilatations vésiculaires : l'une *emphysémateuse*, plus commune après l'époque de l'enfance; l'autre *purulente*, plus fréquente au contraire à cet âge.

Tant que l'air ou le pus demeure enfermé dans les cellules pulmonaires, bien que celles-ci soient distendues et déformées, ces dénominations peuvent convenir; mais lorsque

cette distension est devenue trop considérable ou s'est opérée trop brusquement, l'infiltration a lieu dans le tissu cellulaire ambiant, elle est inter-lobulaire. L'emphysème inter-lobulaire, dit Laënnec (1), ne se conçoit que par suite d'un effort violent et qu'autant qu'un certain nombre de vésicules aériennes se sont rompues et ont fait passer l'air dans le tissu cellulaire qui sépare les lobules du poumon.

Cet emphysème apparaît sous la forme de bandes, de zônes, plus larges vers la surface du poumon, et allant en diminuant et en s'amincissant vers le centre de l'organe. La pression du doigt peut changer la disposition de ces bulles d'air répandues extérieurement; infiltration, du reste, qui peut gagner le long des vaisseaux, s'étendre sous la plèvre, dans les médiastins. Ces épanchements d'air seraient peu graves, par eux-mêmes, et facilement résorbés; mais il n'en serait pas ainsi quand ils se lient à la dilatation des vésicules, modification pathologique, essentiellement grave, et qui l'est encore par les maladies qui l'ont déterminée. Laënnec, qui du reste donne comme signe de l'état emphysémateux du poumon le râle crépitant sec à grosse bulle, le frottement *ascendant* et *descendant*, regarde les enfants comme plus sujets à cette affection que les adultes.

M. Guersant, qui attribue les dilatations des bronches soit à une disposition primitive, soit à des causes accidentelles, à une toux prolongée, les a bien rencontrées, ainsi que l'emphysème vésiculaire, à la suite de la coqueluche et pareillement après d'autres affections du poumon; mais dans l'article où il parle de toutes ces lésions diverses (2), il n'est nullement question de l'emphysème interlobulaire. Cet emphysème est toutefois indiqué par Billard (3), comme ayant été rencontré à la suite de la coqueluche, et l'observation rapportée par M. Denis (4), n'a trait qu'à l'emphysème vésiculaire. Nous avons

(1) *Auscult. méd.*, t. 1, p. 340.
(2) *Dict. de méd.*, art. COQUELUCHE, p. 11, et 12.
(3) *Traité des maladies des nouveau-nés*, p. 240.
(4) *Recherches sur les maladies des nouveau-nés*, p. 443.

cherché avec soin sur les cadavres d'enfants l'emphysème inter-lobulaire, et nous ne l'avons rencontré bien caractérisé qu'une fois, tandis que nous avons eu assez fréquemment l'occasion de reconnaître la dilatation des vésicules pulmonaires, surtout celle produite par l'accumulation du pus. Nous pensons donc que l'une de ces altérations organiques, que l'emphysème vésiculaire, n'est pas rare chez les jeunes sujets, tandis qu'au contraire l'emphysème inter-lobulaire n'est rien moins que commun chez eux.

Stoll, Pinel, Broussais ont fait remarquer que la ligne de démarcation entre la pneumonie et la bronchite était peu tranchée. On a prétendu que, dans la bronchite, il y avait phlegmasie des follicules muqueux placés dans ou sous le chorion de la membrane muqueuse des bronches, et que, dans la péripneumonie, il y avait inflammation de la membrane muqueuse elle-même. On a encore avancé que la bronchite ne différait de la pneumonie que parce qu'elle consistait dans une phlegmasie moins intense, moins profonde et moins étendue de l'arbre bronchique, ne s'étendant qu'aux tuyaux principaux ou tout au plus aux moyens.

Les différences anatomiques relatives au siége de la phlegmasie, dans la pneumonie et dans la bronchite, sont plutôt les suivantes : Dans la bronchite, l'inflammation est le plus ordinairement bornée à la membrane muqueuse des bronches, elle envahit quelquefois toute l'épaisseur des canaux, et attaque plus ou moins profondément leurs parois; elle peut aussi s'étendre jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, mais paraît s'arrêter sur la limite du tissu alvéolaire. Dans les cas même de réplétion purulente des vésicules pulmonaires, la souplesse, le défaut de rénitence du tissu aréolaire, s'ils n'autorisent à repousser tout-à-fait l'idée de son état phlogistique, permettent tout au plus d'admettre une phlegmasie légère, superficielle, une espèce d'érythème de la face interne de quelques avéoles. Dans la pneumonie, au contraire, la phlegmasie ne suit pas ces sortes de routes d'élection; elle ne s'étend pas seulement dans le sens ou la direction de tel con-

duit, de tel tissu; elle envahit, pour ainsi dire, en bloc et par portions plus ou moins grandes, le tissu pulmonaire. C'est bien le tissu vésiculaire et inter-vésiculaire qu'elle occupe particulièrement; mais elle n'épargne non plus ni les intersections inter-lobaires, inter-lobulaires, ni les bronches qu'elle rencontre.

Au début de la bronchite, en général (car il est ordinairement simple et exempt d'accidents), ainsi que pendant le cours du rhume proprement dit, c'est-à-dire d'une bronchite légère, les prescriptions se bornent aux moyens diététiques, à conseiller le repos, la chaleur du lit, l'usage de boissons chaudes adoucissantes, béchiques et légèrement diaphorétiques. Il ne peut d'ailleurs, dans aucun cas, être question, dans la médecine des enfants, de ces remèdes prétenduement héroïques; tel serait le punch, le vin chaud, etc., qui parfois réussissent chez les adultes, quand ils ne doublent pas le mal ou le compliquent. Si la maladie est intense de prime-abord, ou quand elle devient telle, quand il y a de la fièvre, que la respiration est gênée, que la toux est fréquente, s'accompagne de sentiment d'ardeur dans la poitrine, d'oppression......, le traitement doit être plus actif, plus énergique et surtout chez les enfants; car il s'agit de combattre une phlegmasie grave et importante par elle-même, d'empêcher son extension aux capillaires bronchiques, de prévenir, d'écarter des pneumonies consécutives, l'inflammation et la dégénérescence des glandes pulmonaires et bronchiques, etc.

Parmi les moyens aptes à arrêter ou à prévenir les progrès de la phlogose, il faut placer en première ligne les émissions sanguines. Chez les enfants d'un âge au-dessous de la huitième ou de la neuvième année, nous ne conseillerons, en général, que l'emploi des évacuations sanguines locales. Les sangsues ou les ventouses scarifiées seront placées à l'épigastre, au-dessus, au-devant du sternum, et mieux encore sous les clavicules, sous les aisselles (1). Pour une évacuation, trois, quatre

(1) C'est aussi au devant de la trachée, sous les clavicules ou sous les

ou six sangsues, suivant sa force, suffisent chez un tout jeune enfant; on en gradue le nombre de façon à en appliquer environ une dizaine à la fois, vers la huitième ou la dixième année. L'écoulement du sang doit néanmoins toujours être surveillé, car on a été témoin d'hémorragies très-graves et même mortelles résultant de la piqûre d'un très-petit nombre de sangsues. M. Guersant dit avoir vu la mort survenir à la suite d'une perte de sang occasionée par une seule sangsue!

Une diète sévère, des applications sur la poitrine de corps gras, de substances émollientes; à l'intérieur, des boissons adoucissantes sont indispensables, pour ainsi dire, et satisfont aux exigences des premières indications. On peut encore, répandre dans l'appartement des vapeurs émollientes.

Après les premières évacuations sanguines, on peut s'en tenir simplement aux moyens précédemment indiqués, ou employer, concurremment avec eux, quelques révulsifs et dérivatifs vers les extrémités inférieures, tels que des pédiluves dont on augmente progressivement la chaleur; des cataplasmes chauds ou mitigés autour des jambes, etc. Cependant si le pouls se soutient, si la fièvre persiste ou redouble, ainsi que la toux, si, enfin, il y a temps d'arrêt ou progression dans le cours de la maladie, il faut insister sur les anti-phlogistiques, revenir aux pertes de sang, poursuivre, pour ainsi dire, avec les saignées locales sur tous les points de la poitrine, les râles, et généralement toutes les modifications diverses dans le bruit naturel de la respiration.

Il est, en général, dans les usages d'une sage et prudente pratique de n'employer les évacuants et les contre-stimulants, etc., qu'à la suite des émissions sanguines. Administrés dès les premiers temps des phlegmasies aiguës, les réactions sont trop énergiques, les sympathies trop soulevées ; ce sont alors des moyens dangereux, car en cherchant, par des stimulations plus ou moins éloignées, à diviser les forces vitales con-

aisselles, que, suivant M. Baron, il convient davantage d'appliquer les sangsues.

cent réesvers un point; au lieu d'opérer des diversions, ce sont des incendies que l'on fomente, que l'on propage ou que l'on active. Ce n'est donc que quand la réaction générale et la sthénie locale ont été suffisamment combattues et affaiblies; quand la résolution est commençante, imminente ou incomplète, que pourront être tentés les remèdes en question : qu'ils pourront l'être avec espoir de succès (1), si toutefois les contre-indications sont respectées; si, enfin, une sage circonspection préside à leur emploi. Il est essentiel de ne pas perdre de vue toutes ces considérations, surtout dans la médecine des enfants; car, sans parler des inconvénients du dégoût pour les boissons, qui résulte de l'abus des vomitifs, ceux-ci, employés d'une manière inopportune, raniment des phlegmasies gastro-intestinales, occasionent des diarrhées qui, au terme d'une maladie aiguë, portent rapidément la faiblesse jusqu'à l'épuissement.

Quand la bronchite est légère, quelques calmants peuvent convenir dès le début; mais, quand la phlegmasie a de l'intensité, les lochs, les potions gommeuses avec addition de sirop de pavots blancs, de sirop de jusquiame, d'oxyde de zinc, de poudre de racine de belladone, etc..., ne doivent être donnés qu'après l'emploi des évacuations sanguines. C'est lors de la cessation ou de la diminution de l'éréthisme général et local que conviennent pareillement les révulsifs cutanés ou internes, les stimulants légers, les expectorants, etc..., et enfin tous les moyens aptes à concourir au grand acte de la résolution. Ainsi les vésicatoires au bras, dont les effets sont particulièrement très-salutaires ; les emplâtres saupoudrés de 20, 30, à 60 centigrammes de tartre stibié placés entre les épaules ou au devant du sternum ou les frictions sur les mêmes points avec quelques gouttes d'huile de croton; à l'intérieur les loochs et les juleps avec addition de kermès, d'ipécacuanha, d'oxyde

(1) Administrés d'une manière opportune, les vomitifs réussissent assez ordinairement, selon M. Baron, dans le traitement des bronchites, chez les jeunes enfants.

blanc d'antimoine; les tisanes avec le lierre terrestre, le capillaire, le lichen d'Islande, le polygala, la térébenthine, les divers balsamiques, la poudre de phellandrium unie au sirop de quinquina et administrée en pilules (ainsi que le propose M. Martinet); les eaux gazeuses, sulfureuses, le soufre même, etc., forment une série de remèdes que l'on peut conseiller d'une manière générale, et dont on peut attendre d'heureux résultats quand l'opportunité s'allie à leur prescription. Dans la bronchite chronique, et même dans celle qui affecte la forme subaiguë, les médications résolutives, plus sûrement opportunes, n'ont pas besoin de s'entourer d'autant de réservé et de précautions.

Les modifications, les conditions particulières de l'atmosphère ne sont pas sans influence sur la marche et la terminaison des bronchites. Le simple changement d'air a souvent suffi pour guérir des rhumes jusque-là interminables; l'inspiration de substances balsamiques a quelquefois aussi produit les mêmes résultats.

Quand la fièvre est dissipée, que la résolution s'annonce d'une manière franche, aussi bien que dans le cas où il est à craindre de voir tomber le jeune malade dans un état de débilité dont l'issue soit peu rassurante; que cet état de faiblesse provienne du traitement actif que l'on a été contraint d'employer, ou qu'il ne soit que la conséquence de la prolongation de la maladie, l'on doit se relâcher de la sévérité de la diète, permettre quelques cuillerées, quelques quantités déterminées de lait coupé, de lait d'ânesse, de bouillons de poulet, de veau, etc. Un régime plus substantiel, les crêmes, les potages conviennent seulement au début et pendant le cours de la convalescence.

Les moyens prophylactiques sont les mêmes que ceux conseillés à la fin du chapitre précédent.

IV.

DE LA COQUELUCHE.

§ II. Les quintes de toux avec intermède de sifflement laryngo-trachéal, régurgitations et vomituritions de matières muqueuses, le calme, l'état de tranquillité, et souvent presque de santé parfaite, qui, dans les intervalles des quintes, remplace l'agitation, compagne des accès de toux, pendant lesquels l'anxiété et la dypsnée sont souvent portées à l'extrême; accès accompagnés aussi d'accélération du pouls; enfin, la longueur de la maladie, qui rarement dure moins de six semaines, et souvent persiste beaucoup plus long-temps..... tels sont les caractères principaux de l'affection dont il s'agit.

Quant à son siége, les uns le placent dans le thorax, les autres le fixent dans l'estomac, et plusieurs, considèrent cette maladie comme dépendante d'une lésion du côté de l'encéphale. Marcus (1), Whatt, Ozanam, Broussais, regardent la coqueluche (2) comme une inflammation pure et simple de la muqueuse bronchique. Stoll et les médecins de son école faisaient consister la coqueluche dans un état saburral de l'estomac. Pinel, Chambon et Gardien partagent cette opinion. Hufeland, Lobstein, Hermann et M. Breschet pensent que cette affection est liée à une altération des nerfs pneumo-gastriques. On en a dit autant à l'égard des nerfs phréniques (les faits que nous citons ne confirment nullement ces assertions).

QUATRE-VINGT-DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Chéry (Joseph), âgé de six ans et demi, malade chez ses parents, depuis trois semaines, succomba treize jours après son entrée à l'hôpital des Enfants. Il avait la diarrhée depuis quinze

(1) *Traité de la coqueluche*, Paris, 1821, in-8°.

(2) Ainsi nommée soit à cause du coqueluchon ou capuche dont on couvrait jadis latête des enfants qu'on voulait guérir ou préserver de cette affection, soit à cause de la prétendue ressemblance de l'inspiration bruyante avec le chant du coq, soit enfin à cause du fréquent usage pendant cette maladie des fleurs de coquelicot, etc.

jours; de l'anasarque s'était manifestée depuis cinq. Les principaux symptômes observés furent les suivants : Pouls, cent seize pulsations par minute; peau chaude; toux par quintes fréquentes, suivies d'inspirations bruyantes et d'expectoration de liquide spumeux; râle des deux côtés; percussion également sonore; respiration fréquente; diarrhée médiocre; langue rose, soif; sensibilité seulement vers la région épigastrique.

Autops. cad. Ganglions bronchiques, d'un rouge foncé, assez développés; muqueuse des bronches principales et de la trachée pâle; celle des ramifications bronchiques est violacée. Ces tuyaux ne sont nullement dilatés, et contiennent beaucoup de mucosités jaunes, épaisses, purulentes. Les poumons, et surtout le droit, présentent quelques traces de pneumonies partielles. Les nerfs phréniques et pneumogastriques, examinés avec soin, paraissent parfaitement sains.

QUATRE-VINGT-DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Meunier (Henri), âgé de quatre ans, malade depuis quatorze jours quand il entra à l'hôpital des Enfants, y succomba vingt-neuf jours après. Il présenta, pendant tout le cours de sa maladie, les symptômes ordinaires de la coqueluche. La poitrine était, du reste, également sonore des deux côtés, et l'on entendit, à diverses reprises, différentes espèces de râles (crépitant, muqueux, ronflant). Pouls, cent seize pulsations. Un demi-verre de sérosité roussâtre existait dans chaque plèvre. Quelques ramifications bronchiques étaient dilatées, et la membrane muqueuse des voies aériennes était généralement pâle. Les nerfs pneumogastriques sans traces de coloration ou de quelque autre modification pathologique appréciable. Les deux poumons contenaient aussi des traces de pneumonie lobulaire.

QUATRE-VINGT-DIX-NEUVIÈME OBSERVATION

Un enfant, âgé de deux ans, placé au numéro 8 de la salle Saint-Jean de l'hôpital des Enfants, mort aussi après quatorze

jours de maladie, et des suites d'une coqueluche compliquée de pneumonie, ne présenta, non plus, à l'autopsie, aucune altération appréciable des nerfs pneumogastriques. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches était exempte de toute rougeur, et les divisions bronchiques contenaient une quantité notable de liquide filant, écumeux; elles n'étaient, du reste, nullement dilatées. Les poumons présentaient des traces multipliées de phlogose.

CENTIÈME OBSERVATION.

Guersault (Eugénie), entrée à l'hôpital des Enfants le 3 juillet 1826 ou 27, et morte le 5 septembre suivant, était affectée de pneumonie et de coqueluche. Expectoration et vomituritions muqueuses, toux par quintes avec inspirations sifflantes, fièvre, etc.

Autops. cadav. Nerfs pneumogastriques sains; membrane muqueuse des voies aériennes pâle, excepté vers les ramuscules bronchiques, où elle présente une légère teinte violacée; ganglions bronchiques rougeâtres développés; quelques adhérences pleurales anciennes. La partie antérieure du lobe moyen est comme rénifiée dans l'étendue d'un pouce et demi; le tissu est flasque, dense, résistant, et se précipite au fond de l'eau; le lobe supérieur est sain, l'inférieur contient une portion d'une étendue d'un pouce et d'une épaisseur de trois lignes, grisâtre, flasque, assez friable; le lobe supérieur du poumon gauche présente aussi, et à peu près dans la même étendue, une altération semblable à celle rencontrée dans le lobe moyen droit; et vers la surface diaphragmatique du lobe inférieur gauche, une portion de deux pouces d'étendue et d'un demi-pouce d'épaisseur est d'un rouge-gris, molle, et contient beaucoup de mucus purulent que la pression fait sortir. Les divisions bronchiques qui se ramifient dans les parties du tissu pulmonaire phlogosé sont remplies de mucus purulent. La trachée et ses divisions principales contiennent des mucosités écumeuses.

Rosen considérait la coqueluche comme une affection nerveuse produite par des animalcules répandus dans l'atmo-

sphère. Quelques pathologistes anciens l'attribuaient à la pituite, qui descendait du cerveau vers la poitrine. Hippocrate n'en fait pas mention. M. Guersant la considère comme une affection mixte spéciale des bronches et du système nerveux. Laënnec a signalé la dilatation des bronches, qui néanmoins n'est pas plus fréquente dans ce cas que dans beaucoup d'autres maladies des voies aériennes. M. Lombard, de Genève, à l'exemple de M. Steyman, médecin allemand, ne voit dans la coqueluche qu'une névrose. M. Brachet déclare que l'anatomie pathologique n'apprend rien, si ce n'est sur les complications de la coqueluche. En analysant plusieurs phénomènes de cette maladie, la titillation du larynx, le besoin insurmontable de tousser, la toux convulsive, l'inspiration sifflante, l'expectoration glaireuse; il croit qu'une altération particulière du système nerveux ganglionaire pulmonaire est la cause de l'altération de sécrétion qui se remarque à la surface des bronches; que l'impression faite sur les bronches et sur le larynx, par cette matière sécrétée, est communiquée au cerveau, qui, par les nerfs distribués aux muscles pectoraux, au diaphragme et à tous les muscles inspirateurs, produit les quintes de toux convulsive de la coqueluche et tous les phénomènes de congestion consécutifs. La coqueluche serait ainsi en même temps une affection du système nerveux ganglionaire et du système nerveux cérébral. M. Blache, dans son excellent mémoire couronné par la société de médecine de Lyon, regarde cette maladie comme une névrose dont le siége est à la fois dans la membrane muqueuse des bronches et dans les nerfs pneumo-gastriques; fréquemment compliquée de bronchite, de pneumonie, et n'ayant aucun caractère anatomique appréciable. Nous sommes du nombre de ceux qui attribuent comme élément principal à cette affection, une irritation, mais siégeant particulièrement vers les dernières ramifications bronchiques, titillant sympathiquement le larynx jusqu'au point même de déterminer le spasme de la glotte, sa contraction spasmodique; irritation d'ailleurs affectant plus spécialement les sécrétoires dont elle exalte l'action, et sur-excitation assez

modérée pour ne pas rendre la super-sécrétion purulente, mais lui conserver ou lui prêter les caractères physiques qu'on lui connaît; qui, enfin, n'atteint le degré de l'inflammation, ou plutôt ne se complique de la phlogose de la trachée et des bronches que dans certains cas complexes. En un mot, tous les phénomènes les plus saillants de la coqueluche nous paraissent surtout occasionés par la présence et l'accumulation, vers les extrémités des bronches, d'un liquide adhérent et visqueux, et provenir de la gêne mécanique, de l'obstacle apporté ainsi à la circulation de l'air, et augmentés par le spasme de la glotte. Une sorte de contre-épreuve, et qui semble donner à ces explications plus de probalité encore, résulte de la disparition immédiate des accidents, après l'expulsion du liquide obstruant. Sous ce point de vue, la coqueluche présente beaucoup d'analogie avec certaine dyspnée; elle est véritablement l'asthme des enfants. Si cette dernière affection se nuance davantage avec la bronchite chronique chez les vieillards, toujours est-il de nombreux points de contact entre elle et la coqueluche, de telle sorte qu'il n'est pas sans vraisemblance de dire que l'asthme ou certaines formes de cette maladie, semblent nous attaquer avec préférence vers le commencement et la fin de notre carrière.

On a rencontré à la suite de cette affection des congestions dans les méninges, de la sérosité épanchée dans les ventricules cérébraux et dans les autres cavités séreuses, un état insolite de réplétion du système veineux... Ces désordres doivent être rattachés au trouble de la circulation. M. Blache cite neuf cas avec autopsies où il a rencontré cinq fois la muqueuse bronchique pâle et quatre fois rouge. Dans tous les neuf cas, il y avait complication de pneumonie : cette dernière maladie est en effet la complication la plus fréquente et l'une des plus graves de la bronchite convulsive ou coqueluche. M. Blache dit que sur cent trente enfants atteints de cette maladie, dont il a compulsé l'histoire, on en comptait cent six âgés de un à sept ans, et vingt-quatre seulement de huit à quatorze ans. Selon Rosen (*Traité des maladies des Enfants*), de 1749 à 1764 (années pendant lesquelle régnèrent des épidémies de coque-

luche très-meurtrières), il est mort en Suède quarante-trois mille trois cent quatre-vingt treize enfants de cette maladie, dont vingt-et-un mille cinq cent quarante-trois du sexe masculin, et vingt-et-un mille huit cent cinquante de l'autre sexe.

La coqueluche affecte plus spécialement les enfants, et sévit surtout vers l'époque comprise entre les deux dentitions, l'influence des sexes ne semble pas exercer une grande influence sur la manifestation de cette maladie. Elle récidive rarement et n'atteint, pour ainsi dire, que par exception l'adulte et le vieillard. Parmi les sujets cités dans les vingt-et-un cas dont M. Blache a donné l'analyse, un était âgé de dix-sept ans, un autre de vingt-neuf. Nous avons vu un homme, d'environ quarante-deux ans, et dont le fils, âgé de six à sept ans, était atteint de cette affection, en présenter lui-même bientôt tous les caractères. Elle paraît en effet susceptible de se transmettre par infection miasmatique. M. Blache a réuni une douzaine de cas bien avérés de contagion. Suivant M. Guersant cette contagion aurait besoin pour s'effectuer, que la personne saine respirât l'haleine de celle malade. Rosen avait admis la contagion : Laënnec, Billard, Ozanam, au contraire la nient. Du reste, la maladie qui nous occupe se rencontre fréquemment sous les formes épidémiques et endémiques. Bien qu'on ait dit qu'elle ne dépendait pas de variations atmosphériques et qu'elle régnait dans toutes les saisons de l'année, il est constant que dans nos climats, du moins, elle sévit plus particulièrement au printemps, l'automne et pendant les années froides et humides.

La coqueluche est presque toujours précédée ou débute presque toujours par une bronchite, et c'est quand l'irritation est descendue à un certain type le plus approprié par sa nature et par son siége, à la production de la supersécrétion déjà mentionnée, que se manifestent de plus en plus évidemment les phénomènes caractéristiques de l'affection dont il s'agit.

Ce sont les phases de cette bronchite commençante qui forment la première période qui lui a été assignée. Mais il arrive aussi, quoique plus rarement, que les phénomènes spasmodi-

ques, que les phénomènes spéciaux de la coqueluche apparaissent et se déclarent d'emblée. Dans cette seconde période, qui est pour nous la seule et la véritable, en ce sens qu'elle résume toutes les particularités de la maladie, la réaction générale a cessé, à moins qu'il y ait quelque complication, notamment de pneumonie ou de bronchite principale (trachéite ou bronchite des troncs principaux), laquelle s'allie en effet assez souvent avec l'état particulier de sur-excitation des ramuscules de l'arbre bronchique. Comme c'est le plus ordinairement par un rhume que commence la coqueluche, il n'y a véritablement d'important à noter pendant le premier temps de la maladie, que la prolongation et la résistance des symptômes, particulièrement de la toux; car la pyrexie peut s'être dissipée, et cependant l'enfant continue de tousser, tousse même davantage et par accès, par quintes, d'une façon saccadée, avec gêne et défaut de respiration pendant les quintes qui ont lieu durant de longues expirations, tandis que des inspirations non moins prolongées et anxieuses leur succèdent et ne tardent pas à devenir bruyantes; dès lors la coqueluche est définitivement caractérisée et établie. Pendant l'accès, que précède souvent le chatouillement du larynx et la gêne de la respiration, les secousses d'une toux brève et saccadée se succédent, et avec une précipitation que le malade est si incapable de maîtriser, qu'il peut à peine prendre respiration, qu'il suffoque, et que l'asphyxie semble imminente. La figure est violette, les traits contractés, les yeux saillants et larmoyants; quelques faibles inspirations ont lieu de temps à autre; les quintes sont généralement très-fractionnées vers l'épuisement de l'expiration, que remplace une assez lente mais pénible et sonore inspiration, produite par le passage difficile de l'air à travers la glotte spasmodiquement reserrée. Ces inspirations sont suivies de nouvelles secousses de toux qui amènent l'expulsion des mucosités filantes, incolores, et déterminent des vomituritions ou même le rejet par le vomissement des matières contenues dans l'estomac. Pendant le fort des accès, l'anxiété du petit malade est souvent extrême, tous les

muscles, toutes ses puissances inspiratrices sont convulsivement en action, il se prend, s'accroche aux objets solides qui l'entourent; le pouls est petit, concentré; la sueur froide, visqueuse; les déjections sont par fois involontaires, des hémorrhagies peuvent avoir lieu, ce qui est du reste assez rare; mais la fatigue et l'accablement, vers le terme de la crise, vont quelquefois jusqu'à une défaillance plus ou moins complète. Ces accès durent environ de deux à cinq minutes, se renouvellent assez généralement toutes les heures, mais quelquefois plus souvent, d'autres fois seulement de deux en deux heures; fréquence assez ordinairement plus grande la nuit que le jour. M. Lombard prétend que la coqueluche est dans sa période croissante tant que les accès sont plus fréquents la nuit que le jour, et dans sa période décroissante quand le contraire a lieu. Nous partageons entièrement cet avis. Quand l'intervalle entre les accès est grand, les enfants jouent et paraissent pendant ce laps de temps en pleine santé; quand au contraire, les intervalles sont courts, ils sont tristes, pâles, affaiblis, ont même de la fièvre, mais surtout quand la trachée ou les bronches supérieures sont fortement phlogosées ou qu'il y a quelque complication du côté des poumons. Nous le répétons, la théorie de l'obstruction des tuyaux aérifères par le liquide visqueux super-sécrété, semble expliquer d'une manière satisfaisante et les menaces de suffocation et les quintes d'une toux saccadée et presque convulsive qui fractionnent, pour ainsi dire, les longues expirations, auxquelles le besoin impérieux fait succéder des inspirations que la rapidité du passage de l'air, que la tension spasmodique de la glotte rendent sonores et bruyantes. Le gonflement, la turgescence de la face, l'accélération du pouls, l'orthopnée, l'agitation, enfin tous les accidents, tous les phénomènes de la crise se calment et cessent en même temps qu'a été rejeté, en une ou plusieurs reprises, par l'expiration ou les vomituritions, un liquide d'ordinaire clair et filant. Les vomissements ou vomituritions qui suivent ou accompagnent les accès de toux tiennent à l'irritation sympathique de l'estomac, ou résultent

plus souvent des secousses du diaphragme, des secousses communiquées par la toux à la région épigastrique. Ce qui semble encore prouver que le liquide obstruant joue un rôle principal dans la production de la plupart des phénomènes de cette affection, c'est que le plus souvent en effet à l'auscultation, le bruit respiratoire paraît suspendu, la circulation de l'air interrompue dans les poumons pendant le fort des quintes de la coqueluche.

Cette prétendue seconde période, qui constitue véritablement à elle seule l'individualité morbide, peut se prolonger au-delà de plusieurs mois, mais ne demeure guère intense et bien caractérisée que pendant quinze jours à trois semaines. Enfin, ce que l'on a nommé la troisième période n'est autre chose que les dernières phases de l'affection à son déclin. Ainsi les quintes s'éloignent, deviennent peu fréquentes la nuit, cessent même; les inspirations sont plus faciles, peu ou point sonores, les vomiturations n'ont plus lieu, etc., etc.

L'influence épidémique, les complications peuvent modifier cette affection dans sa forme et dans sa marche, lui imprimer des caractères particuliers et accroître singulièrement sa gravité. C'est à ces causes qu'il faut attribuer les différentes variétés de coqueluche admises par quelques auteurs. La coqueluche épidémique dont Ozanam a donné l'histoire, est loin d'être toujours identique à elle-même.

Le traitement approprié aux différents degrés de la bronchite, convient également dans la coqueluche, surtout à son début, et quand ce début est le même que celui de la précédente maladie, ce qui est fréquent; et ce traitement, avec quelques modifications sollicitées par la sécrétion anormale des bronches et les phénomènes spasmodiques, est encore celui qui convient lorsque la maladie est bien caractérisée, il est même de la sorte de mise jusqu'à la fin de celle-ci. Ainsi, ce sont d'abord les boissons chaudes, adoucissantes, mucilagineuses, les juleps et les loocks que l'on prescrit en même temps que l'on diminue ou que l'on retranche les aliments, que l'on fait couvrir davantage les enfants et qu'on leur fait

garder la chambre. S'il y a de la fièvre, de la céphalalgie, de l'oppression, on a recours à quelques évacuations sanguines locales, on enveloppe de temps à autre les extrémités inférieures de cataplasmes légèrement synapisés, on prescrit de doux laxatifs, si l'état du ventre ne les contre-indique pas; la manne en larmes peut être choisie, etc., etc. Nous voici arrivés à l'époque pathognomonique des quintes avec inspirations sifflantes etc. : et d'abord nous sommes de l'avis de commencer par l'application de sangsues, soit à l'épigastre, soit sous les clavicules, quand les symptômes inflammatoires avec pyrexie ont continué ou débutent. A ces moyens, à ceux enfin conseillés dans la première période, doivent succéder une série de plusieurs autres, lorsque l'apyrexie est complète, que la phlogose a été maîtrisée..., citons au nombre de ceux qui ont eu quelque vogue, l'emploi des vomitifs, des purgatifs, des narcotiques, des antispasmodiques et des révulsifs.

Presque tous les auteurs s'accordent à considérer les vomitifs comme un des remèdes les plus puissants que l'on puisse opposer à la coqueluche. Laënnec préconisait particulièrement l'émétique; mais, ainsi que plusieurs praticiens et entre autres M. le docteur Blache, nous préférons l'administration de l'ipécacuanha. Les purgatifs n'ont pas à beaucoup près les mêmes avantages, mais cependant peuvent concourir, judicieusement employés, à d'heureux résultats. Au calomel, panacée des Anglais, on substitue avec avantage la manne et surtout le sirop de Desessartz (d'ipécacuanha composé du Codex). Parmi les narcotiques, la belladone a été placée au premier rang par beaucoup de médecins, surtout en Allemagne, où on en fait presqu'un spécifique. Laënnec prescrivait son extrait à la dose d'un huitième de grain à demi-grain, suivant l'âge des enfants : il expliquait son action avantageuse, en disant qu'elle diminuait le besoin de respirer et calmait l'irritation spasmodique des bronches.

M. Guersant prescrit un mélange, par parties égales, de belladone, d'oxyde de zinc et de ciguë, à la dose d'un quart de grain repetée trois fois par jour. Les antispasmodiques ont gé-

néralement moins d'action et une action moins persistante que les moyens précédents, auxquels même s'habitue déjà assez facilement l'économie. Le musc, le castoréum, l'assa-fœtida et surtout l'oxyde de zinc sont, parmi ces espèces, les substances les plus employées; on les unit assez souvent aux moyens précédents. MM. Steyman et Lombard considérant la coqueluche comme une névrose, font particulièrement choix du sous-carbonate de fer pour la combattre, et le prescrivent, assurent-ils, avec succès à la dose de vingt-quatre à trente-six grains par jour. Le soulagement a souvent été immédiat (1).

Enfin, les emplâtres irritants, saupoudrés ou non d'émétique, appliqués, soit entre les deux épaules, soit vers la partie antérieure de la poitrine, les pommades émétisées, l'huile de croton employées en frictions vers les mêmes régions, sont, parmis les révulsifs ceux qui ont été le plus en usage, et aujourd'hui encore ils sont ou fortement prônés, ou violemment dénigrés. Ils constituent, en somme, des moyens d'une utilité réelle, quoique secondaire : employés avec modération, avec intelligence et surveillés pendant leur action, ils ne sauraient mériter le blâme des inconvénients graves dont on les accuse (2).

En résumé, pendant la crise ou l'accès, il faut prendre et soutenir l'enfant s'il est levé, le mettre à son séant s'il est au lit, pencher sa tête en avant, lui prêter un point d'appui, débarasser au besoin et avec le doigt sa bouche des mucosités qui l'obstruent. Dans l'intervalle des accès et dans la coqueluche

(1) *Gazette médicale* du 9 juin 1838.

(2) Cependant les applications externes sur-émétisées ont parfois déterminé chez des sujets cachectiques, chez lesquels tout devient suppuration et plaie, des ulcérations de mauvaise nature et parfois même gangreneuses. Il faut donc s'abstenir de semblables moyens en présence de semblables constitutions ; s'en abstenir surtout dans les hôpitaux où elles se rencontrent plus spécialement, et où toute surveillance bien directe est impossible. C'est ce qui fait qu'à ces révulsifs énergiques, on a substitué à l'hôpital des Enfants, l'essence de térébenthine en frictions selon la méthode du docteur Robert Little.

apyrétique, la médication à suivre est à peu près la suivante. Quelque tisane pectorale, quelques prescriptions de manne en larmes et de sirop de Desessartz à la dose environ de six à huit grammes; sirop d'ipécacuanha à dose fractionnée, et de temps à autre à dose vomitive; administration, surtout pendant la seconde moitié du jour et la nuit, de trois ou quatre cuillerées à café de sirop de pavots blancs, ou de sirop de Lamouroux, avec addition, au moment de le donner, d'un huitième de grain d'extrait de belladone ou de poudre de racine de cette plante. Les bains à vingt-huit ou trente degrés Réaumur, quand il y a de l'agitation et encore un peu de fièvre, nous ont souvent bien réussi, même à la suite d'évacuations sanguines dont il convient d'être sobre dans cette affection de longue durée. Nous avons pareillement retiré de forts bons effets des frictions et des emplâtres dont nous avons parlé, employés en temps opportun. Le petit malade est tenu à la diète dans les premiers temps et quand il y a de la fièvre; mais lorsque celle-ci n'existe pas, dans les cas simples et peu graves, il suffit de prescrire une nourriture légère et peu abondante.

Dans la coqueluche compliquée, il faut combattre activement les complications et avec les remèdes qui d'ordinaire sont opposés aux diverses affections qui les constituent. Le changement de localité, le déplacement à quelques lieues, constituent, à l'égard de cette maladie, le moyen prophylactique par excellence; ce moyen peut à bon droit aussi être parfois considéré comme très-efficacement curatif, en ce qui concerne certains cas de coqueluches chroniques, celles du moins jusqu'alors rebelles à toute la série des autres remèdes les plus judicieusement employés.

V.

PHTHISIES.

De la dégénérescence tuberculeuse en général, et en particulier des tubercules bronchiques et pulmonaires (1).

§ I. Les glandes bronchiques sont situées autour des bronches, et s'étendent depuis la bifurcation de la trachée-artère jusque dans le tissu même des poumons, où elles s'enfoncent en diminuant peu à peu de volume; leur nombre est inconstant et toujours considérable. L'opinion de Senac et de Portal, sur la structure et les fonctions particulières de ces organes, est peu accréditée aujourd'hui, et l'on admet presque généralement qu'il existe, ainsi que le pensait Haller, une parfaite analogie entre ces ganglions et les autres glandes lympathiques. La coloration de ces dernières présente bien quelques variétés, suivant les différentes régions du corps où on les examine; mais celle des glandes bronchiques offre ceci de particulier, que, chez l'homme et la plupart des animaux domestiques, elle varie à diverses époques de la vie. Ainsi, rougeâtres dans l'enfance, ces glandes deviennent brunes vers l'adolescence; et enfin, chez l'adulte et le vieillard, imprégnées d'une quantité plus considérable de carbone, elles acquièrent une teinte noirâtre. Elles sont aussi pourvues d'une enveloppe membraneuse ou kyste; elles ont une forme ovoïde, et leur consistance est molle. Enfin, ces organes glanduleux reçoivent pareillement des vaisseaux lymphatiques, savoir : directement ceux du poumon et des bronches, et par anastomose ceux des plèvres, du péricarde, du cœur et des parois de la poitrine.

Les ganglions bronchiques sont susceptibles de s'affecter lorsque les causes morbifiques portent leur action sur le système auquel ils appartiennent, ou sur les organes aux fonctions desquels ils sont associés.

L'inflammation de ces glandes est très-rare, suivant Laënnec : proposition vraie, considérée d'une manière relative,

(1) Comprenant un Mémoire qui a obtenu, en 1830, une médaille de la Société médicale d'émulation.

mais qui cesse de l'être, si l'on veut l'admettre d'une manière absolue. Rarement, en effet, chez les adultes, même après des bronchites et des pneumonies qui se sont beaucoup prolongées, trouve-t-on quelque changement appréciable dans l'état de ces glandes, tandis qu'il n'en est nullement ainsi chez les enfants; car, rarement, au contraire, dans le jeune âge, les ganglions bronchiques tardent-ils à s'enflammer quand une cause irritante a porté son action sur un organe du sein duquel partent des vaisseaux lymphatiques en relation fonctionnelle avec eux.

Cette inflammation est ordinairement lente, chronique, latente. Sous son influence, le tissu ganglionnaire devient souvent très-manifestement plus rouge et plus ferme; la glande se tuméfie, se développe, acquiert un volume quelquefois considérable. Les glandes lympathiques superficielles, chroniquement enflammées, se gonflent, deviennent rénitentes, et semblent douloureuses quand on les presse. La situation des glandes bronchiques ne permet pas d'aller à la recherche et de constater l'existence analogue de ce dernier phénomène.

La terminaison par suppuration n'est pas celle que les phlegmasies chroniques, et surtout celles des tissus glanduleux, semblent affecter de préférence. La suppuration des ganglions bronchiques est aussi une suite très-rare de leur inflammation. Nous n'avons jamais rencontré de *véritables* (1) abcès de ces glandes. Laënnec dit en avoir trouvé dans un *bien petit nombre de cas.*

La dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques est un résultat bien plus fréquent de leur phlegmasie. Nous ne connaissions pas la thèse que M. Leblond a soutenue, en 1824, sur *la phthisie bronchique*, lorsqu'en 1829 nous publiâmes une monographie de cette affection. Du reste, sans prétendre avoir fixé des premiers l'attention des médecins sur ce sujet important, les recherches auxquelles nous nous sommes li-

(1) De la matière tuberculeuse ramollie n'aurait-elle pas été prise quelquefois pour de ces prétendues collections purulentes?

vrés, à cet égard, et les observations que nous avons recueillies, nous permettront au moins d'ajouter à l'histoire de cette affection quelques faits et quelques considérations qui peut-être ne seront pas dénués de tout intérêt (1).

La *phthisie bronchique* est une maladie qui paraîtrait presque réservée à l'enfance; elle est surtout très-commune pendant la période de cet âge comprise entre les deux dentitions (2), et sévit particulièrement chez les enfants dont la constitution est caractérisée par une grande prédominance du système lymphatique.

Toutes les causes susceptibles de développer, outre mesure, l'irritabilité des glandes et vaisseaux lymphathiques en général, et des ganglions bronchiques et pulmonaires en particulier, les disposent à l'inflammation et à la *tuberculisation.* Telles sont toutes les causes susceptibles de développer ce qu'on appelle le *vice* scrofuleux; telles sont celles sous l'influence desquelles se manifestent les inflammations bronchiques et pulmonaires, etc.

Si, par opposition aux effets de l'air salubre des campagnes, l'on remarque ce qui se passe au milieu de l'air infect des hôpitaux, on voit, dans ces derniers lieux, toutes les affections tuberculeuses y sévir d'une manière qu'on pourrait appeler endémique. C'est aussi parmi les enfants qui habitent les villes, des endroits resserrés, peu aérés, des lieux bas, froids et humides, qui se trouvent, en outre, soumis à une mauvaise alimentation, à un régime peu convenable, trop exclusivement végétal; c'est surtout dans ces circonstances et sous ces conditions que se développent généralement toutes les affections strumeuses, que s'observent toutes les phthisies (3).

(1) Voyez Bouillaud, *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, Paris, 1837, t. 3, pag. 27.

(2) D'après le relevé de nos observations, nous pouvons établir que la fréquence relative de cette affection varie dans le rapport de trois à un, suivant qu'on l'observe chez des individus de deux à huit ans, ou de neuf à quatorze.

(3) Ces causes générales et spéciales sont aussi celles qu'a accusées M. Baudelocque, dans l'ouvrage publié en 1833.

Ainsi que les ganglions du cou se gonflent, deviennent douloureux, tuberculeux, etc. (ganglite, adénite tuberculeuse), par suite de l'inflammation gingivale qui accompagne la dentition, par suite d'ophthalmie, d'affections du cuir chevelu, etc.; ainsi que les ganglions mésentériques, souvent aussi, chez les jeunes sujets, rougissent, se tuméfient, s'imprègnent de matière tuberculeuse (carreau) à l'occasion, par suite d'affections intestinales inflammatoires d'une certaine durée; de même des pneumonies ou des bronchites se prolongent rarement chez les enfants, sans que les glandes bronchiques ne s'enflamment consécutivement et ne se transforment en tubercules.

Cette grande susceptibilité, en quelque sorte, des glandes lymphatiques en général, et des glandes bronchiques en particulier, vers les premières époques de la vie, peut s'expliquer par l'activité plus grande alors du système lymphatique. Dans l'enfance, en effet, ce système paraît être l'agent principal de l'absorption interstitielle (1); fonction qui, pendant la virilité et la vieillesse, paraît être plus particulièrement réservée à l'appareil veineux.

La nécessité de l'inflammation dans la *transformation tuberculeuse* des glandes lymphatiques a déjà été reconnue (2) et proclamée : l'origine inflammatoire d'une pareille transformation paraît surtout évidente dans la *phthisie bronchique*.

L'étude des lésions des glandes bronchiques permet d'abord de constater l'existence d'un ordre successif et progressif entre l'état phlegmasique et l'état tuberculeux de ces organes. En comparant, en effet, les résultats cliniques avec les résultats anatomo-pathologiques correspondants à ces deux états, on remarque qu'à des époques variées répondent des altérations successivement aussi différentes. Relativement à la durée de

(1) Chez les enfants, la dégénérescence des ganglions bronchiques et mésentériques rend irrésolubles les inflammations intestinales pulmonaires et bronchiques.

(2) Broussais rapporte à l'inflammation des vaissseaux blancs les scrofules, les engorgements des ganglions lymphatiques, les tubercules, etc.

la maladie, ces époques étant entre elles dans les rapports d'un, deux, trois, à chacune d'elles peut se rattacher une des altérations suivantes : 1° Coloration plus vive, rénitence, état hypertrophique de l'organe; 2° les caractères précédents joints à la présence de matière tuberculeuse; 3° l'absence de toute trace de tissu ganglionaire, partout remplacé par la matière du tubercule.

L'examen des ganglions bronchiques, en partie enflammés, en partie tuberculeux, offre, sous certains rapports, beaucoup d'intérêt; car c'est en pareille circonstance qu'il est, pour ainsi dire, possible de surprendre la cause produisant l'effet; de saisir, comme au passage, la *dégénérescence tuberculeuse* arrivant à la suite d'un travail phlogistique. Alors, en effet, se trouvent diversement unies et combinées des traces évidentes d'inflammation et des productions de matière tuberculeuse. Tantôt on voit cette dernière occuper la place du quart, du tiers, de la moitié du tissu de la glande; tantôt il ne reste de celle-ci que le kyste, ou à peine quelques vestiges; la matière tuberculeuse a presque tout envahi. Là où s'est formé ce *tissu accidentel*, le tissu ganglionnaire a disparu, et ses débris restants tranchent d'une manière remarquable par leur coloration, par leur texture, sur la substance blafarde à laquelle ils sont accolés. Une ligne de démarcation bien franche ne sépare pas toujours la partie enflammée de celle qui a subi l'altération tuberculeuse, et assez souvent ou trouve, vers la limite commune, une espèce de fusion entre elles, due probablement à la dégénérescence commençante.

A en juger donc par ce que l'on observe en pareille circonstance, et contradictoirement à l'opinion des auteurs qui, récusant la puissance de l'irritation et de la phlegmasie dans la production des tubercules, ne voient dans ces corps qu'un tissu accidentel *sui generis*, naissant et se développant, pour ainsi dire, *capricieusement* au sein des organes, ne serait-on pas porté à soutenir que la *matière du tubercule* est le résultat d'une transformation, d'une dégénérescence organique qui s'opère sous l'influence de ces états morbides, sous l'influence de mo-

difications anormales survenues dans les propriétés vitales de la partie; sorte de *théorème* d'autant plus admissible, que de nos jours déjà beaucoup d'anatomo-pathologistes attribuent une pareille origine au tissu squirrheux qui, le plus souvent, ne présente pas non plus de traces bien visibles d'organisation, et que l'on avait aussi coutume de ranger parmi les tissus *accidentels sans analogues*.

Ce qui a été dit sur la dégénérescence tuberculeuse des glandes bronchiques est, d'ailleurs, tout-à-fait applicable à l'altération semblable des glandes lymphatiques du mésentère, du cou, etc., etc.; et le résumé suivant d'un certain nombre de faits semble encore accuser l'inflammation, dans la production, non-seulement des tubercules bronchiques, mais encore des tubercules pulmonaires (1).

Les ganglions bronchiques étaient rouges, développés, etc., en même temps qu'il existait des traces de	pneumonie	chez	18 sujets.
	bronchite		10 *id.*
	pleurésie		2 *id.*
	phthisie		2 *id.*
Le tissu de ces glandes était en partie enflammé, en partie remplacé par de la matière tuberculeuse, en même temps qu'il existait des traces de	pneumonie	chez	8 sujets.
	bronchite		5 *id.*
	pleurésie		2 *id.*
	phthisie		4 *id.*
Ces glandes, entièrement tuberculeuses, étaient accompagnées de traces de	pneumonie	chez	6 sujets.
	bronchite		5 *id.*
	pleurésie		» »
	phthisie		25 *id.*

A chacune de ces trois séries doit être rattachée l'idée d'une durée différente de la part des maladies qui ont donné lieu à ces altérations diverses. Cette durée peut être approximativement évaluée à un ou deux mois pour les affections rangées dans la

(1) Morton, qui, un des premiers, donna au mot *tubercule* l'acception que l'on est d'accord de lui réserver aujourd'hui, regardait les tubercules pulmonaires comme provenant de l'inflammation des glandes lymphatiques du poumon; opinion adoptée par Broussais.

première série; à deux, trois, quatre ou six mois pour celles placées dans la deuxième et la dernière. On voit, dans ce tableau, que les inflammations du poumon et des bronches (sans complication de tubercules pulmonaires) dominent dans le premier des trois groupes; que, plus tard (deuxième série), ces inflammations diminuent en certaine proportion, tandis que les tubercules pulmonaires deviennent plus fréquents; enfin, qu'à une époque plus reculée encore (troisième série), la phthisie pulmonaire est l'affection la plus commune. Nous observerons, en outre, qu'à l'exception de huit, tous les individus chez lesquels existaient simultanément des tubercules bronchiques et pulmonaires avaient présenté, d'ailleurs, des preuves cadavériques d'inflammation du poumon, des bronches ou des plèvres; que la plupart, durant leur vie, avaient été disposés aux *rhumes;* que tous, sans exception, avaient *toussé* pendant le cours de leur dernière maladie; et il est hors de doute, d'après Laënnec même, que des bronchites peuvent exister sans laisser de traces après elles.

On a dit, il est vrai, que des tubercules pulmonaires avaient été rencontrés chez des individus qui n'avaient *jamais* eu de bronchites ou de pneumonies...., qui n'avaient enfin jamais toussé! mais est-il possible d'affirmer que, dans les cas même où des tubercules pulmonaires n'ont été précédés ni d'hémoptysies, ni de symptômes d'inflammation des organes respiratoires, il n'ait pas existé néanmoins un état antécédent de phlegmasie ou de congestion, consistant dans des pneumonies partielles, lobulaires, lesquelles peuvent ne donner lieu qu'aux symptômes d'une simple bronchite très-légère, ou même à aucun symptôme! C'est ce que remarque très-bien M. Andral, et c'est aussi ce qu'avait observé Frank. Mais, d'ailleurs, en n'admettant même pas (ce qui, du reste, arrive le plus communément) que la phlegmasie d'un viscère ou de ses annexes ait précédé l'inflammation qui s'est allumée dans les glandes lymphatiques, associées par leurs fonctions à cet appareil organique; l'irritabilité du système lymphatique en général, et des ganglions lymphatiques en particulier, pouvant être aug-

mentée d'une manière primitive, essentielle (tempérament lymphatique, scrofuleux) : par suite du surcroît d'excitation, peuvent arriver l'irritation, l'inflammation, et consécutivement la *tuberculisation* de ces glandes ; et l'on peut concevoir ainsi comment, par une sorte d'extension de la *maladie scrofuleuse,* peuvent se développer des tubercules pulmonaires, même chez des individus qui, en tout temps, ont été exempts de phlegmasies de poitrine, qui enfin n'ont jamais toussé !

Les recherches anatomiques, il est vrai, n'ont pu démontrer l'existence de glandes lymphatiques au sein du tissu pulmonaire. On suit bien les glandes qui environnent les bronches jusqu'à leur entrée dans les poumons ; mais, diminuant alors sans cesse de volume, elles échappent bientôt à la vue. La ténuité des glandes lymphatiques pulmonaires leur permettrait-elle de se soustraire aux moyens d'investigation ? Les granulations décrites par Bayle ne seraient-elles pas elles-mêmes de ces glandes gonflées, hypertrophiées, ayant subi quelque modification morbide (1) ? Nous serions très-porté à le croire (2).

Ces granulations, examinées à la loupe, apparaissent sous la forme de petits corps obronds, semi-transparents, de couleur grisâtre, de la grosseur environ d'un grain de millet ou de chenevis ; elles sont enveloppées d'une membrane, à la surface de laquelle se dessinent souvent quelques vaisseaux. La présence de ces corps se lie très-fréquemment à l'existence si-

(1) Nous avons tenté plusieurs fois d'injecter les vaisseaux lymphatiques qui rampent à la surface de la trachée, dans des cas où les poumons étaient comme farcis de granulations, de tubercules miliaires et de tubercules plus volumineux. La difficulté de trouver, d'isoler et de piquer ces vaisseaux est très-grande ; nos instruments étaient, du reste, assez imparfaits, et nos tentatives sont restées sans succès : nous ne les citons de nouveau ici qu'afin d'engager des mains plus habiles à renouveler les expériences dont on comprend aisément le but.

(2) Les dernières recherches de M. Rochoux sur les tubercules naissants (1829 et 1835) ne peuvent que nous affermir dans cette opinion. Voyez sur ce sujet *Mémoires sur les tubercules*, par F. P. Ravin. (*Mém. de l'Acad. royale de médecine*, t. 4, pag. 324.) — Coster, Lettre sur la possibilité de produire et de prévenir les tubercules. (*Bulelt. de l'Acad. royale de méd.*, t. 4, p. 430.)

multanée d'affections scrofuleuses *proprement dites* (1), et, ainsi que ces dernières, ils s'observent peu dans l'enfance avant la première dentition, et se rencontrent très-rarement aussi chez les adultes et chez les vieillards. Comme les glandes lymphatiques, les granulations se transforment en tubercules, et cette dégénérescence commence aussi, le plus souvent, par leur partie centrale. Au reste, ce n'est que dans certains cas seulement que les glandes lymphatiques du poumon acquièrent, par suite de l'irritation, le volume qu'on leur connaît quand elles apparaissent sous forme de granulations. Il paraîtrait que plus fréquemment elles se transformeraient en tubercules au fur et à mesure que l'inflammation les aurait gagnées, et sans avoir acquis préalablement un certain degré d'hypertrophie (2); ce qui expliquerait pourquoi il arrive que l'on

(1) Suivant M. Baron, les granulations s'observent assez souvent chez les enfants faibles, rachitiques; mais néanmoins elles ne sont pas constantes.

(2) Autre que l'état premier et la disposition décrits par M. Rochoux: *petits corps ronds, du quart ou tout au plus du volume d'un grain de millet, de couleur rougeâtre, jaune, ayant quelque chose de luisant. Ces corpuscules tiennent au tissu de l'organe par une foule de filaments celluleux ou vasculaires; ils sont résistants, assez fermes, s'écrasent ou plutôt s'aplatissent sous l'ongle, sans laisser écouler de liquide.*

M. C. Baron a publié en 1839, dans les *Archives générales de médecine*, des recherches sur la nature de la matière tuberculeuse, d'où il résulterait que.... le premler degré du tubercule, appréciable à l'œil ou à la loupe, est caractérisé par un petit point rouge, souvent de forme mamelonnée, et qui paraît dû à une sorte d'infiltration du tissu de l'organe par un liquide rouge. Ce petit point rouge devient d'abord plus distinct, sans augmentation de consistance, et après un temps variable, offre à son centre un petit point blanc nacré, plus dur que l'enveloppe rouge qui l'entoure, et aux dépens de laquelle il se développe graduellement. Cette dernière est même bientôt réduite à l'épaisseur d'une membrane très-mince et disparaît graduellement. Pendant ce temps, le point blanc a grossi, est devenu opaque et grisâtre, puis d'un blanc plus ou moins jaunâtre en perdant en même temps de sa densité, et se ramollissant de plus en plus, etc. Nous sommes loin de constater la précision, l'exactitude de ces recherches de fine anatomie,

rencontre parfois des tubercules très-petits dans un poumon, sans qu'on y trouve de granulations.

Quels sont les symptômes de la phthisie bronchique? Si pour répondre à cette question l'on ne consultait que son imagination, ou si l'on s'en rapportait à des idées théoriques déjà aventurées, en se représentant la siége qu'occupent les ganglions bronchiques, les parties dont ils sont entourés; en songeant au volume énorme qu'acquièrent parfois ces glandes tuberculeuses, l'idée de compression ne pourrait manquer de se présenter à l'esprit, et à quel nombre de phénomènes remarquables ne donnerait pas lieu cette cause une fois trouvée! Nous nous étions, en effet, aussi figuré que les ganglions bronchiques et les différentes glandes lymphatiques du thorax, développés et tuberculeux, *devaient*, dans certains cas, comprimer quelques gros vaisseaux vers leur origine; et que de cette gêne apportée au cours du sang devaient résulter quelquefois des dilatations, des hypertrophies de l'organe central de la circulation; que ces développements glanduleux pouvaient occa-

qui ont de l'analogie avec les résultats obtenus par M. Rochoux; mais nous différons d'avis avec M. C. Baron, relativement à l'explication des phénomènes de ces premiers degrés de tuberculisation. M. C. Baron ne voit en effet que des particules de sang sorties des vaisseaux et subissant diverses transformations, et nous pensons qu'il se passe là en petit ce que nous avons exposé, à propos de la dégénérescence tuberculeuse des glandes bronchiques. Les petits points ne nous paraissent être autre chose que les glandules lymphatiques pulmonaires enflammées et hypertrophiées, les points nacrés blanchâtres et jaunâtres qui s'y forment les résultats et progrès de leur dégénérescence; enfin, en un mot, l'analogie est complète.

C'est par la réunion de ces tubercules arrivés à certain volume que sont formées des masses tuberculeuses de différentes dimensions.

Le volume du tubercule *isolé* ne dépasse jamais certaines dimensions qui varient selon le genre des organes au sein desquels il se trouve. Au poumon, par exemple, il a le volume à peu près d'un petit pois. A la rate, il dépasse un peu celui d'une semence de haricot. Au foie, il a la grosseur d'une olive; à l'extérieur, il prend plus de volume. — Lugol, *Conférences cliniques. Gazette des hôpitaux* du 21 mai 1840.

sioner des obturations de l'œsophage, de la trachée ou des bronches. Mais un examen attentif des faits est venu démentir pour nous toutes ces prévisions.

CENTIÈME OBSERVATION.

Un enfant entra, le 18 juin 1826, à l'hôpital réservé aux malheureux de cet âge : il était pâle, avait la figure bouffie, les membres infiltrés; il avait eu des *croûtes* à la tête, des *glandes engorgées* au cou; il était *malade* depuis long-temps, toussait depuis plusieurs mois. Respiration gênée, abdominale; oppression très-grande; râle ronflant des deux côtés de la poitrine; battements du cœur forts et très-étendus; chaleur de la peau naturelle; pouls régulier, battant soixante-seize fois par minute. Tels furent les renseignements que l'on obtint et les symptômes les plus saillants que l'on observa. Cet enfant mourut le 9 septembre suivant.

Autopsie. On trouva plusieurs onces d'une sérosité transparente et jaune épanchée dans les deux côtés du thorax. La surface interne de la trachée et du larynx était injectée; cette coloration ne s'étendait pas jusque dans les divisions bronchiques; mais ces dernières étaient enduites d'un mucus puriforme. Les trois lobes du poumon droit étaient adhérents entre eux; le lobe moyen seul, vers la partie postérieure, était hépatisé; les deux lobes pulmonaires gauches adhéraient pareillement (adhérences anciennes); une seule partie, vers la pointe inférieure du lobe supérieur, se précipitait au fond d'un vase plein d'eau. Les ganglions lymphatiques, situés sur les côtés du cou et sur les côtés de la trachée, étaient développés et en partie rouges et tuberculeux; les ganglions pré et inter-bronchiques étaient très-volumineux et entièrement tuberculeux. Le cœur était deux fois gros comme le poing de l'enfant, ses cavités se trouvaient remplies de caillots de sang d'un noir violet; des tubercules volumineux entouraient l'origine des gros vaisseaux; d'autres, en assez grand nombre, étaient placés entre le tronc innominé et la veine-cave; cependant nulle compression réelle n'en résultait.

Nous nous abstenons de citer longuement d'autres observations dans lesquelles les ganglions lymphatiques des bronches, ceux situés sur les côtés de la colonne vertébrale, ceux du médiastin, les glandes gastro-hépatiques, gastro-spléniques, etc., étaient entièrement dégénérés et avaient acquis un volume très-grand, sans qu'il fût apporté aucune gêne à la circulation. Nos recherches nous ont pareillement convaincu que les ganglions bronchiques, tuberculeux et développés, ne peuvent comprimer, au point de les aplatir, les tuyaux bronchiques; que, par conséquent, les dilatations des extrémités de ces canaux (assez fréquentes d'ailleurs chez les enfants) ne doivent pas être considérés comme un effet secondaire de cette prétendue compression, qui elle-même ne s'annonce ni par un sifflement particulier, ni par une respiration saccadée. La douleur pré-sternale appartient plus spécialement à la symptômatologie des bronchites.

Les altérations organiques des glandes lymphatiques des bronches ont pour effet principal de s'opposer à la résolution des phlegmasies des organes de la respiration, de disposer à ces phlegmasies, et de favoriser le développement des tubercules pulmonaires. Témoin la ténacité et la lenteur des inflammations de poitrine chez les enfants, si sujets d'ailleurs à ces lésions; témoin la fréquence des récidives à leur âge et celle des tubercules pulmonaires.

Les tubercules, une fois développés, peuvent rester stationnaires pendant un temps variable et assez prolongé, ou du moins dans quelques circonstances leur marche paraît être très-lente; mais, sous l'influence de l'inflammation d'un organe voisin, ils font en peu de temps de rapides progrès. Quoique des tubercules bronchiques puissent acquérir un volume assez considérable (celui d'un petit œuf de poule, par exemple) sans produire le moindre déplacement, il est cependant des cas où le développement extraordinaire de quelques-uns de ces organes affectés, occasione le retrait des parties voisines, lorsque la mobilité de ces parties le permet. C'est ainsi que nous avons trouvé deux fois l'œsophage évidemment déplacé, déjeté à

droite. Les ganglions bronchiques dégénérés peuvent aussi contracter de nouvelles adhérences avec les parties circonvoisines, ou resserrent seulement leurs adhérences naturelles, et des perforations s'établissent presque toujours, avec le temps, vers les nouveaux points de contact, ou vers ceux devenus plus intimes. Toutefois, ces ouvertures accidentelles, et par conséquent les phlegmasies ulcératives qui les produisent ne se manifestent communément que vers l'époque du ramollissement de la matière tuberculeuse : mais aussi c'est quand les glandes malades ne tendent pas à comprimer les organes environnants; car alors, bien que la période de ramollissement (1) soit généralement hâtée par toute inflammation voisine, on trouve encore le ganglion tuberculeux à l'état de crudité, quand déjà ont eu lieu les adhérences et perforations dont il est question.

La rencontre que nous avons faite plusieurs fois de kystes ganglionaires passés à l'état osseux ou cartilagineux, contenant de la matière crétacée, nous porterait à croire que quelquefois, en effet, la matière tuberculeuse ramollie peut être absorbée en partie ou en totalité. Dans la grande majorité des cas, cette matière tend à être évacuée par les perforations qui s'établissent, ainsi qu'il a été dit plus haut. Les ouvertures qui lui donnent passage se remarquent principalement sur les bronches (ce qui, du reste, se conçoit aisément, d'après les rapports anatomiques de ces tuyaux aérifères avec les ganglions bronchiques), et les faits que nous rapportons tendent à prouver que la *phthisie bronchique*, lors même qu'elle a déterminé de pareilles altérations organiques, ne donne lieu à aucun symptôme particulier.

(1) Ainsi que le prétendent certains pathologistes, ne faut-il voir, dans le ramollissement du tubercule, que le résultat de la mortification de celui-ci ? La vie ne semble-t-elle pas encore plutôt présider à cette sorte de fonte purulente ? Nous avons introduit un tubercule crû dans le tissu cellulaire sous-cutaué d'un animal. Ce tubercule, ce corps étranger, a produit de l'inflammation et déterminé la suppuration des parties vivantes qui l'entouraient, mais il ne s'est pas ramolli.

CENT UNIÈME OBSERVATION.

Perforation d'une division brochique.

Copa (Catherine), âgée de six ans, fut admise, le 12 juillet 1827, à l'hôpital des enfants. Cette petite fille, pâle, maigre, chétive, était *très-sujette à s'enrhumer;* elle toussait depuis deux mois lors de son entrée à l'hôpital. Pouls, cent dix pulsations par minute; peau chaude; râle crépitant inférieurement et du côté droit de la poitrine; matité à la percussion pratiquée vers ce point; l'expansion pulmonaire était d'ailleurs moins franche à droite que du côté gauche; toux fréquente profonde; pas d'expectoration; oppression très-grande; faiblesse extrême. Mort le 10 octobre 1827.

Autopsie. Plusieurs adhérences, et qui paraissaient anciennes, réunissaient à droite les deux feuillets de la plèvre et les trois lobes du poumon; le poumon droit offrait des traces nombreuses de *pneumonie partielle,* et des tubercules en assez grand nombre existaient dans son tissu. Des tubercules moins nombreux et quelques traces de phlegmasie étaient disséminés dans le poumon gauche. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches était injectée, mais seulement dans l'intervalle des cerceaux cartilagineux. Les bronches contenaient quelques mucosités visqueuses et rougeâtres. Les ganglions pré et inter-bronchiques étaient volumineux et tuberculeux. Une masse considérable, résultant de la réunion de plusieurs de ces ganglions tuberculeux, existait au-devant des bronches droites; nulle compression n'en résultait évidemment; mais une perforation avait établi une communication entre la seconde division de la bronche droite et un glanglion bronchique dégénéré. Les bords de cette ouverture étaient rouges; elle-même se trouvait en partie bouchée par un grumeau de la matière tuberculeuse ramollie contenue dans le kyste ganglionaire.

CENT DEUXIÈME OBSERVATION.

Perforation d'une division bronchique.

Milet (Anastase), âgé de deux ans, fut apporté, le 8 juin 1826, à l'hôpital des Enfants : il toussait depuis quatre mois ; sa maigreur était très-grande, sa faiblesse extrême; il ne marchait pas encore. Cet enfant n'avait eu, du reste, ni croûtes à la tête, ni glandes engorgées au cou.

Pouls fréquent et petit; peau froide; toux non accompagnée d'expectoration. Plus tard, diarrhée, dépérissement. La respiration de ce malade avait toujours paru gênée et fréquente; mais nul signe particulier n'avait pu être reconnu au moyen de la percussion et de l'auscultation de la poitrine. La mort survint le 26 juin, à la suite de quelques mouvements convulsifs généraux.

Autopsie. Quelques cuillerées de sérosité transparente étaient contenues dans la grande cavité de l'arachnoïde; la voûte à trois piliers et la cloison étaient peut-être un peu molles; les ventricules latéraux renfermaient environ une demi-once de sérosité.

Thorax : La membrane muqueuse des voies aériennes était pâle dans toute son étendue. Les ganglions pré et inter-bronchiques avaient acquis, pour la plupart, le volume d'une grosse noix; cinq à six de ces ganglions, entièrement transformés en tubercules, présentaient vers leurs parties centrales quelques stries rouges, qui semblaient être les derniers vestiges du tissu ganglionaire. Vers la racine du poumon droit, à la partie interne et inférieure du lobe supérieur, et dans le tissu pulmonaire même, furent trouvés deux ganglions volumineux et tuberculeux, accolés à une division bronchique droite qui présentait une perforation de trois à quatre lignes d'étendue. Cette ouverture, dont les bords étaient pâles et frangés, établissait une communication entre le tubercule et le rameau bronchique. La matière tuberculeuse de la glande dégénérée

s'écrasait encore très-difficilement sous le doigt. Une portion du tissu du même lobe pulmonaire, celle qui se trouvait contiguë aux ganglions dégénérés, était hépatisée au premier degré et parsemée de tubercules miliaires. Les deux autres lobes de ce poumon étaient sains. Le poumon gauche présentait quelques granulations disséminées vers la périphérie et le sommet du lobe supérieur. Vers l'*S* iliaque et la partie supérieure du rectum, se remarquait une injection sous forme d'arborisation.

Dans la première de ces deux observations, l'inflammation du kyste de la glande, l'adhérence plus intime contractée avec la bronche voisine et l'ulcération d'où est résultée l'ouverture de communication, etc., paraissent avoir suivi le ramollissement de la matière tuberculeuse; tandis que, dans la seconde observation, ces différents phénomèns semblent avoir précédé la dernière période d'altération du ganglion dégénéré. Dans le second de ces cas, en effet, la matière tuberculeuse se trouvait dans un état peu éloigné de la période de crudité, et la situation particulière du tubercule permet de concevoir comment, par le fait seul de la compression qu'il tendait à exercer sur l'organe voisin, est résultée d'abord une adhérence plus *immédiate*, plus *serrée* entre son kyste et le tuyau bronchique pressé, et plus tard une ulcération, une perforation vers le point de contact.

Établir, au contraire, qu'en pareil cas l'absence de la *pectoriloquie* et l'expuition de fragments de matière tuberculeuse doivent suffire pour éclairer le diagnostic, serait se fonder sur des inductions théoriques qui ne seraient que spécieuses. L'observation clinique apprend, en effet, que les enfants ne crachent presque jamais, et que la pectoriloquie, phénomène déjà peu commun chez les adultes, est encore plus rare chez eux; que plusieurs motifs, déjà exposés, empêchent le plus souvent, d'ailleurs, de profiter des avantages de l'auscultation.

Rien n'est moins rare que de voir vomir les enfants pendant le cours de toutes leurs affections de poitrine. Aussi, bien que les bronches et l'œsophage puissent être simultanément per-

forés par suite de la fonte purulente et de l'évacuation de la substance ganglionaire dégénérée, et quê, par suite de la communication accidentelle qui s'est établie entre les deux canaux en question, l'on soit en droit de supposer que certaines parties des liquides avalés passent alors de l'œsophage dans les rameaux bronchiques, on ne peut cependant considérer l'existence du vomissement ou de la toux comme un symptôme de cette double perforation. Nous avons, d'ailleurs, rencontré cette disposition pathologique sur le cadavre d'enfants qui, durant leur vie, *n'avaient point toussé après avoir bu;* tandis que nous avons vu des enfants affectés de simples bronchites éprouver un besoin irrésistible de tousser après avoir avalé quelques gorgées de liquide.

CENT TROISIÈME OBSERVATION.

Perforation d'une bronche et de l'œsophage.

Moreau (Madeleine), âgée de six ans, fut reçue à l'hôpital des Enfants le 24 juillet : elle avait des glandes engorgées au cou, *s'enrhumait facilement* et toussait *depuis plusieurs mois;* mais depuis huit jours seulement elle était alitée. Depuis cette époque, elle éprouvait de la céphalalgie; elle avait de la fièvre, toussait beaucoup et, de temps à autre, vomissait. Stomatite gangréneuse; pouls, cent-vingt pulsations par minute (à son maximum de fréquence). Peu de diarrhée; toux fréquente; pas d'expectoration ; râle crépitant et muqueux à droite; matité légère en arrière, du même côté de la poitrine. Mort le 14 août.

Autopsie. Thorax : Adhérences intimes des deux feuillets de la plèvre vers les deux tiers inférieurs du poumon droit; quelques adhérences semblables existaient à gauche. Le lobe supérieur du poumon droit était postérieurement *hépatisé en gris*. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches était généralement pâle. Sur la bronche gauche, à un demi-pouce de la bifurcation trachéale, existait une perforation arrondie, d'une demi-ligne de diamètre, communiquant avec une autre per-

foration allongée de haut en bas, à bords lisses et pâles aussi, siégeant sur l'œsophage. Cette dernière avait une ligne et demie d'étendue; elle se trouvait de deux lignes plus élevée que la précédente : elle s'abouchait néanmoins avec elle, mais au moyen d'un kyste intermédiaire, vide, formé d'un tissu résis tant, comme fibreux, et dont la surface interne offrait une coloration d'un brun rougeâtre. Ce kyste, dont le diamètre pouvait être évalué à trois ou quatre lignes d'étendue, avait, selon toute apparence, appartenu à un ganglion bronchique dégénéré, dont la matière tuberculeuse ramollie s'était échappée par les ouvertures accidentelles qui ont été remarquées. La plupart des autres ganglions bronchiques étaient légèrement hypertrophiés et d'un rouge foncé; plusieurs se trouvaient en outre pareillement tuberculeux. Huit mois avant son entrée à l'hôpital, cet enfant, nous apprit-on, avait été malade; il avait toussé, il avait vomi... Les perforations que nous avons trouvées et dont les bords n'offraient nulle trace de phlegmasie récente, remonteraient-elles à cette époque?

CENT QUATRIÈME OBSERVATION.

Perforation d'une bronche et de l'œsophage.

Thomas (Élisa-Perette), âgée de trois ans, fut admise à l'hôpital le 20 décembre 1827; elle était affectée d'une luxation spontanée de la cuisse droite. Elle *toussait* et n'était pas bien portante depuis quatre mois; elle maigrissait depuis cette époque, mais depuis un mois *la toux* était beaucoup augmentée.

Dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, son pouls ne battait que quatre-vingt-seize fois par minute; sa toux était médiocrement fréquente et non suivie d'expectoration; le bruit respiratoire, non mêlé de râle, s'entendait bien partout, et la percussion de la poitrine était également sonore. Plus tard, quelques vomissements eurent lieu; la figure s'altéra; la fièvre augmenta; l'expansion pulmonaire devint peu franche de chaque côté de la poitrine, et s'accompagna d'un peu de

râle difficile à caractériser; enfin un flux diarrhéique vint augmenter l'affaiblissement général, et la mort arriva le 28 décembre.

Autopsie. Thorax : Les ganglions bronchiques étaient volumineux et tuberculeux, quelques-uns ramollis à leur centre. La membrane muqueuse du larynx et de la partie supérieure de la trachée-artère était pâle ; celle de la fin de ce canal et des bronches offrait une coloration d'un rouge piqueté. Sur la bronche droite, à un demi-pouce de la bifurcation, existait une large perforation à bords irréguliers et rouges, communiquant directement avec un ganglion bronchique-tuberculeux et ramolli, et communiquant aussi, mais d'une manière indirecte, avec l'œsophage au moyen d'une ouverture accidentelle, d'une ligne et demie de diamètre, à bords lisses et colorés en rouge, établie sur ce conduit en regard de la précédente. Les deux poumons contenaient des granulations. Le lobe inférieur du poumon gauche offrait plusieurs traces d'une phlegmasie disséminée çà et là dans son tissu (hépatisation rouge).

L'altération tuberculeuse des ganglions inter et circumbronchiques peut encore donner lieu à de plus formidables, plus prompts et plus funestes résultats; elle peut donner lieu à la perforation de gros vaisseaux, et notamment à celle de l'artère pulmonaire.

CENT CINQUIÈME OBSERVATION.

Perforation de l'artère pulmonaire.

Bervelle (Marie), âgée de onze ans, avait eu la variole le 14 septembre 1826, et depuis cette époque elle avait conservé de la toux. Elle rentra à l'hôpital des Enfants-Malades le 14 février 1827. On reconnut alors un défaut d'expansion pulmonaire du côté gauche de la poitrine, de la matité et un peu de râle. Cette jeune fille toussait, mais elle était sans fièvre et conservait assez d'embonpoint. Un vésicatoire avait été placé sur la paroi postérieure et externe de la poitrine; on lui accordait, d'ailleurs, la *demi-portion*, et on lui permettait de se le-

ver tous les jours. Le 16 juin, elle était descendue à la lingerie, quand tout à coup, dans un moment de gaieté, elle fut prise d'une hémoptysie qui devint promptement mortelle. La respiration demeura suspendue, et les battements du cœur devinrent imperceptibles aussitôt après l'accident. Les artères brachiales, radiales et carotides continuèrent encore de battre pendant à peu près vingt minutes.

Autopsie le 17. Cerveau : Rien de remarquable.

Abdomen : Le mésentère, le péritoine ne présentaient non plus rien de particulier. Le tissu du foie était d'une couleur lie de vin, sa consistance molle; la rate était assez volumineuse; son tissu était d'un rouge violacé et peu consistant; à sa surface existaient des granulations blanchâtres, albumineuses, concrètes; dans son épaisseur, se trouvaient quelques tubercules miliaires; les reins n'offraient rien d'extraordinaire.

L'estomac, très-distendu, renfermait beaucoup de sang fluide, ou réuni en caillots. La membrane muqueuse de ce viscère ne présentait aucun changement particulier de consistance ou de coloration, et en général tout le canal digestif paraissait exempt de lésion.

Thorax : Le volume du cœur était ordinaire. A la surface du poumon gauche, se remarquaient quelques pseudo-membranes épaisses, résistantes, et selon toute apparence assez anciennes; des granulations étaient répandues dans le tissu de ce viscère; le poumon droit se trouvait pareillement entouré, et surtout vers sa base, de fausses membranes, et ses lobes avaient aussi contracté entre eux des adhérences; les ganglions bronchiques étaient volumineux, et la plupart contenaient de la matière tuberculeuse vers leur centre; chez quelques uns, cette matière était ramollie, tandis que le tissu de la glande environnante, rouge, rénitent, conservait encore une épaisseur assez grande. La membrane muqueuse de la trachée était pâle; celle des bronches, au contraire, se trouvait fortement injectée. Sur la bronche gauche, au dessus du point où elle se divise, existait une perforation de trois ou quatre lignes de diamètre, communiquant avec une perforation semblable de

l'artère pulmonaire, située aussi immédiatement au dessus du point où ce vaisseau se divise. Ces deux perforations s'abouchaient dans une caverne creusée au milieu de glandes bronchiques agglomérées, tuberculeuses et ramollies. Il ne restait, pour dernier vestige de quelques unes de ces glandes, que leurs kystes adhérents à la surface voisine et nullement altérée du tissu pulmonaire.

La perforation de l'artère pulmonaire existait vers sa partie inférieure, tandis que c'était vers le bord supérieur de la bronche gauche que se trouvait l'autre ouverture accidentelle.

CENT SIXIÈME OBSERVATION.

Perforation de l'artère pulmonaire.

Marivain (Augustine), âgée de trois ans et demi, avait eu la rougeole à dix-huit mois; elle n'avait jamais eu de *croûtes à la tête* ni de glandes engorgées au cou. Elle entra à l'hôpital le 22 décembre 1826 : elle était alors affectée d'entérite et de bronchite. Après un séjour d'une semaine à l'hôpital, ses parents voulurent l'emmener. Elle *toussait encore* : elle sortit néanmoins, mais rentra le 2 janvier 1827. A cette époque, elle toussait assez fréquemment; son pouls était fébrile; toutefois l'attention du médecin était attirée plus particulièrement du côté du *ventre*, qui était douloureux; symptôme accompagné de diarrhée. Tout à coup, le 29 janvier, à six heures et un quart du soir, cette petite malade éprouva une *hémoptysie foudroyante*. Le sang sortit à flots par la bouche et par le nez, et la mort arriva d'une manière instantanée.

Autopsie le 31 janvier. Thorax : Les ganglions interbronchiques, ceux placés au devant des bronches et sur la fin de la trachée-artère, très-volumineux, étaient transformés en matière tuberculeuse homogène, dense, non ramollie. Toute la membrane muqueuse des voies aériennes présentait une teinte d'un blanc laiteux ramarquable. Le poumon droit était parsemé de granulations plus opaques les unes que les autres, et faisant saillie à la surface des tranches du poumon incisé. Un

petit caillot de sang était logé dans le larynx; un semblable caillot se trouvait arrêté à la bifurcation des bronches, et quelques autres se rencontraient çà et là dans les divisions bronchiques gauches. Le poumon, de ce côté, était adhérent par sa face interne avec le côté correspondant du péricarde, et au milieu de cette adhérence se rencontraient quelques concrétions albumineuses, sous forme de granulations. Mais toujours à gauche et vers le bord postérieur et la partie inférieure et interne du lobe pulmonaire supérieur existait une adhérence de deux ou trois pouces d'étendue, et réunissant les deux feuillets de la plèvre. Sous elle et dans le tissu pulmonaire situé à sa proximité, se trouvait une vaste caverne (capable de contenir un œuf de poule) tapissée par une pseudo-membrane et entourée par une couche de tissu pulmonaire hépatisé. Cette caverne se prolongeait vers la racine du poumon, et là communiquait avec un kyste bronchique, qui, lui-même, présentait une ouverture béante, par laquelle il était facile d'arriver dans le tronc gauche de l'artère pulmonaire, qui se trouvait perforée vers le point où elle se partage pour se diriger vers chaque poumon.

Abdomen : Quelques mucosités, quelques caillots de lait étaient contenus dans l'estomac, dont la membrane muqueuse, vers le grand cul-de-sac, présentait deux ulcérations à fond pâle, à bords élevés et rougeâtres (grandeur de pièces de cinq sous). Dans le reste de l'étendue de la surface interne de l'estomac, cette membrane, ainsi que dans toute l'étendue en général du canal digestif, n'était point injectée. Les autres organes n'offraient aucune lésion apparente.

Ces deux dernières observations contiennent les détails de faits peut-être inouïs encore, et elles prouvent, d'ailleurs, qu'aucun phénomène clinique ne peut faire soupçonner le travail morbide dont le terme s'annonce par une catastrophe aussi subite que funeste.

La possibilité d'aussi terribles accidents, la marche latente, insidieuse des lésions qui y donnent lieu (1), l'impuissance de

(1) Afin d'abréger, nous ne ferons que mentionner ici deux autres

l'art trop démontrée jusqu'aujourd'hui dans les *affections tuberculeuses*... toutes ces considérations sont bien de nature à aggraver *le pronostic de la phthisie bronchique*. Si même, dans quelques cas (perforation des bronches, perforation de l'œsophage), il est possible de mettre en doute la nécessité absolue d'une fatale terminaison dans cette maladie, et si l'on peut, au contraire, concevoir l'espérance d'une sorte de guérison arrivant par suite de l'évacuation de la matière tuberculeuse ramollie, de la contraction, du resserrement et enfin de la cicatrisation du kyste et des ouvertures fistuleuses, bien des raisons aussi ne doivent permettre de considérer ces prétendues guérisons que comme partielles, incomplètes et non définitives. Rarement, en effet, quelques glandes bronchiques se trouvent-elles seules affectées; et d'ailleurs l'affection de ces glandes, presque toujours consécutive à celle des organes de la respiration, suit ou devance les progrès de celle-ci, de telle sorte, enfin, que qnand les ganglions bronchiques sont devenus tuberculeux, souvent, à la même époque, des tubercules se sont aussi développés dans les poumons (1).

La *dégénérescence tuberculeuse* des glandes bronchiques est donc une affection toujours très-grave : 1° parce qu'elle peut occasioner les accidents les plus terribles; 2° parce qu'elle peut rendre irrésolubles les phlegmasies pulmonaires et bronchiques; 3° parce qu'elle peut favoriser leur développement, celui des tubercules du poumon; 4° parce qu'elle peut enfin concourir à l'épuisement du sujet, au développement de la fièvre hectique. Le défaut de signes caractéristiques dans cette maladie est loin de diminuer la gravité d'un tel pronostic.

observations : dans l'une, un kyste bronchique, contenant de la matière tuberculeuse ramollie, communiquait avec une excavation située dans le tissu pulmonaire voisin, et paraissant résulter d'un abcès ; dans l'autre, un pareil kyste communiquait aussi avec un abcès semblable, qui, en s'ouvrant dans la cavité de la plèvre, avait donné lieu à un pneumothorax et à une pleurésie.

(1) C'est ce que nous avons constaté dans les deux tiers des cas où les landes bronchiques étaient entièrement transformées en tubercules.

On ne peut, en effet, que soupçonner, tout au plus, l'existence d'un état pathologique des ganglions bronchiques. Cependant de telles conjectures acquèreront assez de vraisemblance, quand on aura à se prononcer sur l'état de jeunes sujets offrant les caractères du tempérament appelé lymphatique, présentant des signes de ce que l'on nomme le vice scrofuleux, *toussant* depuis long-temps, affectés depuis deux ou trois mois, ou plus, de bronchite, de pneumonie, etc. A peine quelques signes rationnels peuvent-ils donc servir à éclairer le diagnostic de la phthisie bronchique, quelle que soit sa période, quels qu'en soient les degrés.

Ce qui précède doit assez faire comprendre toute l'importance de la *prophylaxie* relative à l'affection qui nous occupe. Sans rappeler ici les principes hygiéniques sanctionnés par l'expérience, applicables à l'éloignement des causes générales déjà indiquées, nous insisterons particulièrement sur la nécessité de traiter, de la *manière la plus complète possible*, les phlegmasies pulmonaires, bronchiques et pleurales chez les enfants; car le danger des résolutions imparfaites est surtout grand à leur âge. La continuation judicieusement prolongée des moyens propres à obtenir la guérison de ces phlegmasies diverses est d'autant mieux indiquée, que c'est encore sur l'emploi méthodique des antiphlogistiques qu'il faut le plus compter pour arrêter tout mouvement inflammatoire qui amène généralement ou accélère le ramollissement des tubercules : considération importante, puisque l'on ne peut juger d'avance les degrés d'altération des glandes bronchiques; importante encore, puisqu'on a remarqué la coïncidence fréquente des tubercules bronchiques et pulmonaires, et que l'on sait, d'ailleurs, que la période de crudité des affections tuberculeuses est susceptible de se prolonger quelquefois pendant long-temps, tandis que l'on ne peut fonder qu'un espoir très-incertain sur l'attente dangereuse d'une guérison arrivant à la suite du ramollissement des tubercules (1).

(1) Dans ces recherches sur la dégénérescence tuberculeuse et

Il reste très peu de choses à dire pour compléter l'histoire de la phthisie pulmonaire proprement dite.

§ II. Hippocrate a signalé l'époque de la vie, comprise entre la dix-huitième et la trente-cinquième année, comme étant la

même dans nos premières (qui ont onze années de date), notre premier soin a été de rendre à M. Leblond ce qui lui appartenait..... le mérite d'avoir le premier fixé l'attention des médecins sur la tuberculisation des glandes bronchiques; mais à des symptômes qui n'étaient que le produit de l'enthousiasme d'une première création, nous avons dû substituer ce que démontrait l'observation rigoureuse et exacte des faits. D'autre part, la *phthisie bronchique*, en tant qu'individualité morbide élevée au premier rang, nous a semblé ne mériter (constituée seulement par la présence de la matière tuberculeuse, isolée et dépourvue d'inductions éthiologiques), qu'une place secondaire, la première revenant de droit aux tubercules pulmonaires, dont l'apparition suit graduellement celle des tubercules bronchiques. A ce point de vue, en effet, l'altération pathologique de ces derniers organes ne constitue guère qu'une sorte d'*aggravation* à une lésion irrémédiable. C'est sur l'enchaînement des divers états morbides, sur l'origine et les progrès de la dégénérescence tuberculeuse, sur le rôle actif de l'irritation et de la phlogose dans ces sortes de transformations, que doit plutôt se fixer l'attention et se porter l'intérêt, car il s'y rattache des faits et des considérations de nature à jeter quelque lumière sur la nature et les causes des tubercules en général. Nous avions très-positivement en outre déjà indiqué dans notre première édition, pag. 269, 270 et 279, un ordre progressif et successif entre les différentes lésions, les différents degrés de lésions des organes pulmonaires, et les divers états pathologiques des glandes bronchiques; nous avions exposé que les tubercules bronchiques et pulmonaires tendaient à s'allier, etc., et cependant les auteurs d'un article de journal assez reçent sur le même sujet, assurent que la marche l'une vers l'autre, de la part de ces deux sortes de phthisies, n'avait été indiquée que par eux. Quant à l'aplatissement des bronches ou de la trachée, par suite du développement excessif des ganglions bronchiques dégénérés, et de la compression exercée par ceux-ci, phénomènes sur lesquels ces médecins reviennent: nos motifs, nos raisons, nos preuves contraires, ont été et sont longuement exposés; nous répétrons que malgré l'attention la plus persévérante, malgré les précautions les plus minutieuses, jamais nous n'avons pu découvrir cette disposition anormale.

plus sujette à la phthisie : cette cruelle maladie, dont aucun âge ne paraît exempt, ne laisse pas que d'être aussi très-commune dans l'enfance. Sydenham la considérait comme très-fréquente chez les enfants, dont, selon cet illustre médecin, elle moissonnait le cinquième. Bayle pensait que le tiers en était victime : M. Guersant croit que cette proportion est aussi considérable, surtout dans les hôpitaux.

Bayle a décrit six espèces de phthisies; mais l'on ne peut qu'admettre, avec Laënnec, qu'il a compris sous cett dénomination, soit des maladies sans aucune analogie entre elles (la mélanose, l'encéphaloïde du poumon), soit des degrés purs et simples d'une même affection. Il a été précédemment question de la phthisie ulcéreuse, des tubercules miliaires et des granulations pulmonaires. A l'égard de ces derniers produits, notre opinion diffère assez de celle de l'auteur de l'*Auscultation médiate*, pour que sa comparaison de *fruits verts* et de *fruits mûrs*, appliquée aux granulations et aux tubercules miliaires, ne nous paraisse que spécieuse.

Les granulations sont disséminées dans le tissu pulmonaire, sans être plus communes au sommet qu'à la base des poumons: elles ne se rencontrent presque jamais chez les très-jeunes enfants, mais seulement à partir de l'époque qui suit la première dentition, tandis qu'on a trouvé des tubercules chez des enfants naissants et même chez des fœtus (1). Les granulations, sous le rapport des caractères physiques, diffèrent des tubercules : nous les considérons comme le résultat d'un état maladif (au sujet duquel nous nous sommes précédemment expliqué) des glandes lymphatiques du poumon, tandis que les tubercules résulteraient de la dégénérescence tuberculeuse de ces glandes. Les granulations existent rarement seules, le plus souvent elles sont accompagnées de tubercules.

Les symptômes auxquels elles donnent isolément lieu sont à peine apréciables. L'auscultation et la percussion sont nulles

(1) M. Baron n'a pas observé de tubercules pulmonaires, chez les enfants, avant l'âge de trois mois.

pour le diagnostic. De l'essouflement, un peu de toux, un amaigrissement progressif, sans fièvre...., voilà tout ce qu'il a été possible de saisir dans la phthisie granulée essentielle. Cette affection tourne, pour ainsi dire, à la longue, en phthisie tuberculeuse, sans toutefois être le passage obligé à cette dernière maladie.

Les tubercules du poumon sont gros ou petits, réunis ou disséminés : très-petits, ils prennent l'épithète de miliaires, agglomérés, et comme fondus ensemble, ils forment ce que l'on appelle l'infiltration tuberculeuse (1). Certaines régions du poumon paraissent plus favorables à leur développement que d'autres; telle est la racine (où abondent évidemment les glandes lymphatiques) et le sommet de ce viscère,

Il serait au moins inutile de s'entretenir de nouveau de la fonte des tubercules, des cavernes du poumon (2), etc.; tous

(1) M. Andral prétend, d'ailleurs, avec raison, que l'on a souvent confondu l'infiltration tuberculeuse avec l'inflammation chronique du parenchyme pulmonaire; que l'infiltration gélatiniforme de Laënnec n'est qu'une sécrétion morbide *sui generis*.

(2) Les anciens pensaient que jamais une excavation tuberculeuse creusée dans le poumou ne guérissait; mais, depuis les admirables travaux de Laënnec, cette opinion a perdu beaucoup. Cependant M. Louis, sans nier qu'il existe des cicatrices du poumon, affirme n'en avoir jamais rencontré une seule dans ses nombreuses autopsies. On trouve du reste des faits confirmatifs de ceux de Laënnec dans la *Clinique médicale* de M. Andral (tome IV, pag. 369). M. C. Rogée, à la suite d'un Mémoire publié en 1839 dans les *Archives de médecine*, t. 5, pag. 191, tire les conclusions suivantes également dans le sens de l'opinion de Laënnec et de M. Andral :

1° Certainement la phthisie pulmonaire peut guérir!

2° Les tubercules peuvent se transformer en concrétions crétacées ou calcaires, qui n'ont plus d'effets fâcheux sur la santé; mais cette transformation ne se fait guère que dans les cas ou les tubercules ne sont pas en nombre considérable.

3° Les excavations tuberculeuses sont susceptibles de se cicatriser. La guérison des tubercules ou de quelques cavernes n'est pas une chose très-rare. Sur cent vieilles femmes, M. Rogée dit avoir trouvé cinquante-une fois des concrétions crétacées ou calcaires et ces concré-

ces faits de physiologie et d'anatomie pathologiques ont été passés en revue. Nous dirons seulement que les bronches qui communiquent avec les cavernes sont quelquefois très-dilatées et épaissies; que leurs ulcérations, que celles de l'œsophage, de la trachée, de l'épiglotte sont rares chez les enfants; que les ulcérations variées et concomitantes d'autres organes que l'on découvre prouvent que les complications de la phthisie sont particulièrement très-fréquentes chez eux. Ainsi rencontre-t-on souvent, sur les cadavres des jeunes phthisiques, des traces de phlegmasies gastro-intestinales (1); des productions intra-craniennes. Des affections cérébrales, souvent à cet âge, viennent enlever les malades avant que les tubercules pulmonaires aient eu le temps de changer d'état, de sortir de la période de *crudité*. (Voir le second chapitre) : ou quelques symptômes cérébraux viennent seulement s'ajouter au dernier terme de la maladie. Beaucoup de jeunes sujets présentent une sorte de diathèse tuberculeuse : des tubercules se rencontrent, en effet, dans la plupart, et quelquefois dans presque tous les organes. Dans une des observations que nous avions recueillies, un tubercule se trouvait dans les fibres charnues du cœur. Nous avons aussi trouvé des tubercules dans les trois cavités splanchniques, sans que les poumons en continssent. M. Louis aurait rencontré l'estomac malade chez les quatre cinquièmes des phthisiques; l'état gras du foie chez le tiers. Les lésions de l'intestin grêle et du gros intestin sont encore plus fréquentes. Le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac a été observé, par le même auteur, sur le sixième environ des phthisiques qu'il a ouverts.

On rencontre fréquemment sur les cadavres d'enfants morts de phthisie des ulcérations vers la fin de l'intestin grêle et dans

tions sont toujours, selon lui, les traces de tubercules. Sur ce nombre, il a trouvé, en moins d'une année, dix à douze exemples de cicatrices d'excavations tuberculeuses.

(1) Selon M. Baron, les complications de phlegmasies gastro-intestinales sont fréquentes dans la phthisie, chez les enfants, et beaucoup plus que celles d'affections cérébrales.

le gros intestin. Des tubercules situés dans le tissu sous-muqueux de l'intestin donnent quelquefois lieu à des ulcérations et même à des perforations intestinales (nous en citons des exemples); ces péritonites tuberculeuses ne sont pas d'ailleurs très-rares chez les enfants. On trouve souvent simultanément chez eux des tubercules pulmonaires et mésentériques. La dégénérescence tuberculeuse des glandes du mésentère est bien plus commune à cet âge que chez les adultes. Bayle et M. Louis ont néanmoins rencontré assez fréquemment ce genre d'altération chez ces derniers. Le foie gras se rencontre fréquemment aussi chez les jeunes phthisiques.

Les tubercules disséminés dans les poumons ne donnent lieu à aucune modification, soit dans le bruit respiratoire, soit dans le son rendu par la poitrine (1). Leur agglomération sous les clavicules, ou vers tout autre point de la périphérie, a pour résultat de produire à la percussion (ainsi que les engorgements pneumoniques) une sensation de matité, tandis que le bruit respiratoire se trouve modifié non-seulement vers les points correspondants, mais dans les environs; plus faible vers les

(1) L'accumulation des tubercules vers la racine des poumons ou vers tout autre point central n'est pas physiquement appréciable, ne l'est guère que sur le cadavre, chez les enfants comme chez les adultes. La *Gazette des hôpitaux* du 27 février 1841 cite un fait de phthisie observé par M. Trousseau; les signes stéthoscopiques et ceux fournis par la percussion manquaient absolument, et à l'autopsie on trouva à la partie inférieure des deux poumons des tubercules nombreux et ramollis occupant la base de ces organes, dont le sommet et tout le reste étaient parfaitement sains.

La toux, la fièvre lente et le dépérissement sont, ainsi que nous l'avons déjà dit en traitant de la bronchite chronique, des signes *complémentaires* et parfois les seuls symptômes de la phthisie.

Il résulte des recherches et des faits relatés par MM. Andral, Louis et Delaberge, que la pectoriloquie, la respiration caverneuse, le râle caverneux et le gargouillement se rencontrent en l'abscence des cavernes pulmonaires dans des simples dilatations bronchiques. Le bruit de pot fêlé n'est pas non plus pathognomonique; M. Delaberge cite un cas où il existait sans caverne pulmonaire. La matité lui donne plus de valeur.

points correspondants aux tubercules et accompagné fréquemment de quelques craquements dus à des pneumonies lobulaires concomitantes; il semble devenu plus fort, plus intense vers les régions circonvoisines, par l'effet du contraste, ou par le fait de l'existence réelle d'un surcroît de fonction, d'une sorte de respiration supplémentaire. Les conditions favorables à la production de la pectoriloquie sont d'autant plus rares chez les enfants, qu'elles sont déjà exigeantes et difficiles chez les adultes. Il faut, en effet, dit M. Andral, que la caverne soit vide, qu'elle ne soit ni trop grande, ni trop petite, sans trop d'anfractuosités; que le tissu pulmonaire ambiant soit induré; qu'elle soit voisine des parois thoraciques; que les bronches qui s'y rendent aient un certain diamètre; enfin, c'est suivant le même auteur, un phénomène beaucoup plus rare que la bronchophonie. Nous ajouterons qu'à moins que la pectoriloquie ne soit parfaite, on peut aisément la confondre avec la bronchophonie; tandis que, d'autre part, il est au moins aussi facile de prendre pour cette dernière la résonnance naturelle de la voix, habituellement grande et forte vers certaines régions, notamment vers le sommet et la racine des poumons, précisément où existent et s'accumulent de préference les tubercules (1).

La phthisie conduit souvent les enfants à la dernière pé-

(1) Une des observations que nous rapportons plus loin constitue entre autres un de ces faits qui peuvent prouver combien la marche de la phthisie pulmonaire est parfois obscure, même quand elle est arrivée au degré de la formation des cavernes, et même quand l'attention était déjà attirée vers la poitrine par l'existence d'une autre affection. Dans cette observation en effet, la pneumonie avait bien été constatée pendant la vie; mais c'est seulement à l'autopsie qu'on a reconnu la phthisie pulmonaire et la caverne multiloculaire existant au sommet de l'un des poumons, de celui déjà plus particulièrement affecté. Au reste, rien de la part des symptômes généraux n'aurait pu faire soupçonner cette dernière maladie; car l'état morbide, composé au total d'une entérite pustuleuse, d'une pneumonie et d'une phthisie, avait pris l'allure habituelle des affections aiguës.

riode d'épuisement et d'émaciation (1), bien que les tubercules pulmonaires n'aient point dépassé la période de crudité. Dans ces circonstances, ils meurent quelquefois au milieu des quintes de toux et comme suffoqués, ou, plus souvent encore, ils succombent à la suite d'une diarrhée qui est venue augmenter leur dépérissement, ou aux efforts combinés de quelque maladie aiguë intercurrente (ainsi qu'il en est dans plusieurs de nos observations.) Dans d'autres circonstances, enfin, au lieu de cette sorte de dessèchement, se manifeste de la bouffissure, de l'anasarque, ou une ascite, suite fréquente de péritonite tuberculeuse, vient terminer la scène.

A ce que nous avons dit au sujet du traitement prophylactique de la phthisie bronchique, à ce qui est exposé à propos du développement des scrofules (ce qui est tout-à-fait applicable à ce sujet), nous ajouterons ici les notes suivantes, concernant l'influence des climats sur la production et la marche des tubercules pulmonaires.

M. Andral a publié un résumé (2), d'où il résulte que la phthisie tuberculeuse est une maladie qui règne dans tous les climats; que dans les pays où le froid est excessif elle survient moins fréquemment que dans les contrées dont la température est chaude.

Il résulte de l'observation, tant des anciens auteurs que de celle des modernes, que l'habitation des pays chauds, où l'on jouit d'une température peu susceptible de variations, est avantageuse aux sujets qui sont prédisposés à l'affection tuberculeuse, et qui même ont subi les premières atteintes de l'affec-

(1) Voici ce que pense M. Baron au sujet du diagnostic différentiel entre la phthisie et certains cas de bronchites, chez les enfants : il arrive que l'on reste dans le doute à l'égard de l'existence de l'une ou l'autre de ces affections ; cependant, en explorant avec soin la poitrine et à plusieurs reprises, en tenant compte de l'amaigrissement rapide du sujet dans la phthisie, et enfin en ayant égard aux antécédents, on peut arriver aussi à reconnaître positivement la maladie existante.

(1) Notes et additions au *Traité d'auscultation* de Laënnec, 1836, pag. 224.

tion ; que l'influence tropicale est, au contraire, nuisible à ceux qui ont atteint cette période avancée du mal, où tous les accidents d'une fièvre colliquative viennent hâter la terminaison fatale, ou les cavernes sont formées ou se forment. Les médecins anglais ont, de nos jours surtout, éclairé et appuyé ces résultats de faits nombreux. Le climat de l'Inde ne paraîtrait guère sous ce rapport plus favorable. Le docteur Twining, annonce qu'au Bengale la phthisie tuberculeuse est très-fréquente et très rapidement funeste ; que tous les Européens qui arrivent avec le germe de cette affection périssent beaucoup plus vite qu'en Europe.

Mais, en résumé, on ne peut nier l'influence de la température et du climat sur la production des tubercules. M. Clot-Bey nous a appris que les nègres d'Éthiophie devenaient promptement phthisiques en Égypte. Broussais (1) a constaté ce fait que les régiments qui fournissaient une grande quantité de phthisiques, pendant leur séjour en Hollande, ont cessé d'en donner après leur arrivée en Italie.

Dans ses leçons sur la phthisie, M. Andral établit qu'à Marseille il y a un décès par la phthisie pulmonaire sur quatre morts ; à Paris et à Londres 1 sur 4 1/3 ; à Gênes, 1 décès sur 5 ; à Gibraltar, 1 sur 7 ; à Naples, 1 sur 8 ; à Vienne, 1 sur 8 1/2 ; à Berlin, 1 sur 14 ; à Stockholm, 1 sur 15 3/4 ; à Rome et à Milan, 1 sur 20 décès (2).

Le traitement curatif de la phthisie pulmonaire serait tout-à-fait applicable à la phthisie bronchique ; mais un tel traitement véritablement efficace est encore l'objet des vœux de l'humanité. Des moyens innombrables ont été, en effet, tour à tour vantés et essayés, et malgré tous ces prétendus *arcanes*

(1) *Histoire des phlegmasies chroniques.*

(2) Voyez Louis, *Instruction sur l'étude de la phthisie dans les différents climats.* — Journé, *Recherches statistiques sur la phthisie en Italie* (*Bulletin de l'Acad. royale de médecine*, t. 1, pag. 312 ; t. 3, pag. 542). — Benoiston de Châteauneuf, *De l'influence de certaines professions sur le développement de la phthisie pulmonaire.* — H. C. Lombard, *De l'influence des professions sur la phthisie pulmonaire.* (Annales d'hygiène et de médecine légale, t. 6, p. 5 ; t. 11, p. 5.)

et *panacées*, cette funeste maladie, véritable fléau, ne cesse de décimer les populations. Le traitement des premières périodes de la phthisie, que l'on ne peut appeler que palliatif, à en juger par ses résultats, comprend une série de moyens qui ne diffèrent pas, ou que du plus au moins, de ceux usités dans la prophylaxie de cette affection, moyens d'ailleurs presque généralement en usage, et dont il est bon de constater le mode d'action, puisqu'il semblerait impliquer contradiction entre leur emploi et le refus d'accorder à l'irritation quelque participation dans le développement et les progrès des tubercules. Ces moyens, en effet, sont presque exclusivement tous tirés de la classe des antiphlogistiques; car, constitués par des évacuations sanguines, des adoucissants, des résolutifs, des révulsifs...., ils semblent toujours être instinctivement ou judicieusement opposés à une irritation plus ou moins sourde ou manifeste (1). Ces moyens sont les mêmes pour les enfants que pour les adultes; aussi ne ferons-nous que les énumérer brièvement, tout en rejetant cependant de la thérapeutique cette sorte de médecine de symptômes le plus souvent inutile ou innocente chez ces derniers, mais dangereuse chez les enfants; pratique qui consiste, par exemple, à combattre les sueurs au moyen de l'agaric blanc, de l'acétate de plomb; les paroxismes de la fièvre rémittente ou les accès de la fièvre vespérale par le quinquina, etc.

Les évacuations sanguines sont surtout utiles pour combattre la congestion sanguine, variable en intensité, qui précède et accompagne la formation des tubercules. La digitale, unie au nitrate de potasse, et administrée à l'intérieur, peut aussi agir d'une manière sédative sur le système circulatoire, peut indirectement prévenir ou détourner l'hypérémie. Ces moyens doivent être préférés à leur tour quand l'état de débilité et de faiblesse des malades vient exclure la possibilité des pertes de sang. Quant aux différents révulsifs (vésicatoires,

(1) Selon M. Baron, les diverses inflammations des poumons, des bronches et des plèvres paraissent avoir une influence marquée sur le développement des tubercules pulmonaires; elles lui donnent plus d'activité.

sétons, cautères, moxas), et qui ont été employés avec une sorte de profusion chez les phthisiques, ils ne peuvent non plus être d'une grande utilité que vers les premiers temps. Les boissons gommeuses, mucilagineuses, féculentes, lactées sont généralement prescrites à toutes les époques et jusqu'à la fin de la maladie.

Parmi les différentes sortes de lait, se place au premier rang celui d'ânesse, qui, sans mériter la vogue que lui avait value ses prétendues propriétés spécifiques, possède néanmoins plusieurs qualités qui le rendent encore l'objet d'une juste préférence. Peu chargé en caséum, il est facilement digéré par les intestins susceptibles des phthisiques; de plus, il est sucré, adoucissant, béchique, et provient d'animaux sains, ou du moins généralement mieux constitués, moins sujets aux affections strumeuses que ceux de l'espèce bovine ; il se donne par tasses matin et soir et sortant du pis de l'animal.

Quelquefois, loin de donner la diarrhée il constipe; mais, néanmoins, le mauvais état des organes digestifs est tel que parfois il n'est pas digéré et qu'il augmente alors les coliques et le cours de ventre. Par l'addition de quelques parties de bi-carbonate de soude ou de thériaque, ou par celle de quelques gouttes de laudanum, ajoutées au moment, il arrive aussi qu'il perd ces derniers inconvénients et qu'il agit même d'une manière favorable relativement à l'état morbide gastro-intestinal. Mais, dans le cas contraire, il faudrait nécessairement en supprimer l'usage, le remplacer par celui de la décoction blanche ou de quelque tisane de riz avec le diascordium; employer même, suivant l'indication, des quarts de lavements d'amidon laudanisés et avec addition d'extrait de ratanhia, qui, en effet, réussissent assez bien quelquefois dans les colites sub-aiguës ou chroniques des phthisiques. Le régime a surtout beaucoup d'importance chez eux ; nul doute que quand il existe une grande susceptibilité des organes de la digestion, qu'il y a de la fièvre, on ne doive, sinon user de la diète, du moins soutenir seulement les forces décroissantes au moyen de substances très-légèrement nutritives et

tout à la fois médicamenteuses, émollientes ou astringentes; mais, quand il en est autrement (sans trop stimuler les organes par l'emploi peu ménagé des médicaments excitants et des toniques qui deviennent alors des irritants très-réels), nous serions de l'avis de mettre les malades à l'usage des végétaux frais, des viandes rôties un peu saignantes, du vin de Bordeaux coupé, et d'ajouter comme prescription médicale quelque tisane amère iodurée, des émanations d'iode dans l'appartement(1), l'habitation sous une latitude convenable où se trouverait une température comparativement plus douce et plus égale. Au lieu de faire coucher dans des étables, ou l'air est infecté par le dégagement des matières animales putrides, pourquoi ne pas choisir les lieux où l'on étale les viandes fraîches, dont les bons résultats sanitaires semblent être prouvés par l'apparence de santé et de force de ceux qui, par profession, les habitent?

Ajoutons que le quinquina a été fort conseillé dans cette maladie par Pringle, Van-Swieten, Quarin, Jaeger; le cresson de fontaine par Pouteau, Baumes, Portal, etc.

M. Roche(2) conseille les viandes rôties, le vin de Bordeaux, le quinquina uni au lichen d'Islande, l'iode, le chlorure d'oxide de sodium, le vin antiscorbutique, le suc de cresson, médication qu'il seconde, bien entendu, par le traitement local ordinaire de la phthisie. Il cite deux cas où ce traitement a réussi.

Le sel commun, *à haute dose*, a été de nouveau vanté, dans ces derniers temps, par M. Amédée Latour, etc., etc.

Sans insister davantage sur les différents modes de traitements, et sur cette dernière série de moyens particulièrement

(1) Depuis très-peu de temps, nous avons remplacé les *inspirations* d'iode indiquées un peu plus loin, et qui parfois étaient fatigantes pour les malades, par des dégagements opérés soir et matin dans l'appartement, au moyen de la projection progressive de quelques grammes d'iode sur une plaque métallique, chauffée au point d'en produire la volatilisation.

(2) *Dict. de médecine et de chirurgie pratique*, art. PHTHISIE, t. 13, pag. 51.

prescrite dans la phthisie confirmée, ou plutôt déjà avancée, nous ne nous occuperons que de certaines modifications médicamenteuses apportées à l'air inspiré. Encore ne s'agit-il que d'un essai incomplet renouvelé depuis, mais tenté d'abord par nous il y a plusieurs années.

Parmi les nombreuses substances que l'on a préconisées contre les tubercules pulmonaires, l'iode, dans ces derniers temps, ayant fixé l'attention de quelques praticiens, nous nous sommes livré à quelques recherches sur le mode d'administration et sur les effets de ce médicament. Nous terminerons ce chapitre en rapportant ici sommairement les considérations que nous avions présentées sur ce sujet, en 1828, à l'Académie de médecine de Paris :

« Les docteurs Coindet et Brera ont observé d'heureux effets par suite de l'emploi de l'iode et de ses diverses préparations, dans les engorgements scrofuleux, dans les ganglites tuberculeuses du cou, le carreau, etc., etc. De tels succès ont probablement engagé plusieurs médecins à tenter l'essai de cette substance chez les phthisiques. Quoi qu'il en soit, dans toutes ces circonstances, ce médicament était employé en frictions à la surface du derme, où il était introduit dans les voies digestives. Les résultats de cette médication, quoique beaucoup vantés, semblent néanmoins ne pas avoir répondu à l'attente qu'on s'en était faite; ils ont aussi peut-être contre eux d'être en petit nombre; car, faute d'essais suffisamment répétés, tout ce qui a été dit sur ce sujet est peu concluant. Sans doute, l'action irritante que l'iode, même administré à faibles doses, exerce sur le tube digestif; action que dénotent la diarrhée, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, une faim extraordinaire, un amaigrissement progressif, a empêché de renouveler de semblables tentatives, non exemptes d'inconvénients dans la phthisie, où l'extrême susceptibilité des voies digestives explique le danger des irritants, danger de nouveau signalé par MM. Louis, Andral et Chomel. Nous proposant d'essayer aussi l'action de l'iode sur les tubercules pulmonaires, mais convaincu du peu d'efficacité de cette substance em-

ployée alors en frictions, et redoutant parfois le danger de son introduction dans les organes gastro-intestinaux, nous avons pensé que par l'inspiration de *vapeurs d'iode* on agirait plus immédiatement, plus efficacement peut-être, sur les organes malades, tout en évitant de léser les voies digestives. Nous nous sommes rappelé, à ce sujet, que Mascagni disait que si jamais on découvrait un remède efficace contre ces maladies de poitrine, ce serait un de ceux qu'on pourrait appliquer directement au poumon à l'aide de l'inspiration. L'air de la mer, que l'on conseillait jadis et que quelques médecins conseillent encore aujourd'hui aux phthisiques, ne leur est-il favorable que parce qu'il est chargé de vapeurs iodurées? Est-ce par suite du dégagement de semblables vapeurs que la phthisie est restée stationnaire dans une salle de l'hôpital de la Charité, où Laënnec avait fait accumuler, pendant un certain temps, des varecs? Une plus longue expérience seule pourrait permettre de se prononcer davantage à cet égard.

» Au moyen d'acide sulfurique et d'hydriodate de potasse, nous avons déterminé un dégagement plus ou moins continu et abondant de vapeurs d'iode (1), que nous avons fait respirer à des individus présentant tous les signes rationnels de la phthisie. En plongeant des animaux dans une atmosphère pareillement chargée de vapeurs iodurées, nous nous étions préalablement assuré de l'innocuité de semblables expériences, et nous avions pu constater l'action bénigne, l'impression peu dangereuse que produit, sur les organes de la respiration, un

(1) A cet effet, nous nous servions d'un flacon à deux ouvertures, dont l'une communiquait avec l'air extérieur, tandis que l'autre se joignait à un tube à l'extrémité duquel le malade appliquait sa bouche pour respirer. Une certaine quantité d'acide sulfurique étendu avait été préalablement introduite dans le fond de l'appareil, et chaque jour une certaine dose (depuis un quart jusqu'à un demi-grain) d'hydriodate de potasse y était projetée. Les inspirations devaient se renouveler quatre, huit ou dix fois par jour, et chaque inspiration devait durer quatre ou cinq minutes.

air imprégné de telles émanations. Chez deux malades inspirant plusieurs fois par jour des vapeurs d'iode, nous avons vu diminuer très-sensiblement la toux et l'expectoration, la fièvre et les sueurs cesser, l'appétit renaître, s'accroître, et même un peu d'embonpoint survenir. Ces deux femmes toussaient depuis plusieurs mois, avaient eu des hémoptysies : chez l'une, il était facile de reconnaître de la matité vers le sommet du poumon gauche. Chez une troisième, maigre, faible, ayant aussi craché le sang, toussant depuis sept mois, sujette depuis lors à une fièvre vespérale, à des sueurs nocturnes, le même mode de traitement a été employé, mais seulement pendant une quinzaine de jours; cependant la toux était déjà moins fréquente, la malade se sentait mieux, et une diarrhée, qui existait depuis quelque temps, semblait décroître. Ni angine, ni même sensation de chaleur vers la gorge ne s'étaient manifestées, et l'amélioration qui s'était opérée dans l'état de chacune de ces femmes nous remplissait d'espérance, quand nous fûmes obligé de suspendre tout traitement par suite de la fantaisie qu'il prit à l'une d'elles de sortir de l'hôpital, par suite de querelle et d'accident arrivés à une autre; et enfin, par suite d'un changement survenu dans le service des salles, où nous avions entrepris de soigner ces diverses malades, ainsi que plusieurs autres, dont le traitement était à peine alors commencé. Nous nous abstiendrons de citer longuement deux autres faits recueillis dans notre pratique particulière : quoique plus complets que les précédents, ils pourraient peut-être encore paraître moins importants, car ils se rapportent à deux individus qui n'avaient présenté que les symptômes d'une simple bronchite chronique, laquelle, du reste, chez l'un et l'autre, avait parfaitement cédé à l'action résolutive des vapeurs d'iode.

» Ces essais incomplets peuvent tout au plus permettre de prévoir les bons effets des vapeurs d'iode dans les bronchites chroniques; mais ils ne sauraient rendre moins conjecturales l'action avantageuse d'un tel moyen à l'égard des tubercules pulmonaires. L'absence de signes bien positifs de phthisie, et

par suite l'obscurité souvent très-grande du diagnostic dans cette affection, exigent le concours d'un grand nombre de faits pour donner quelque valeur à des conclusions fondées elles-mêmes sur l'existence d'une telle maladie. Il faudrait donc de nouvelles et de nombreuses recherches, afin de pouvoir mieux apprécier un remède au moins douteux encore, et qui, par cela seul, par sa nouveauté, mérite quelque attention, lorsqu'il s'agit d'une maladie réputée jusqu'à présent incurable (1). »

(1) *Lettre à M. le docteur P. L. Cottereau* (*).

« En parlant dernièrement, dans l'une de vos leçons de concours à la Faculté de Médecine, des succès que vous obteniez chez les phthisiques par les inspirations d'iode, vous avez bien voulu rappeler que l'initiative de ce mode de traitement m'appartenait : je vous remercie en particulier de cet acte de bonne confraternité et n'attendais du reste pas moins de votre loyal en honorable caractère, qui contraste singulièrement avec celui d'une foule de copistes et de gens qui vous mettent sans façon la main dans la poche pour disposer ensuite, comme venant d'eux, de ce qu'ils y ont trouvé.

» Je n'ai pas renoncé non plus, mon cher confrère, à l'emploi des inspirations iodurées contre les affections chroniques des voies aériennes et spécialement contre les tubercules pulmonaires Je ne dissimule pas qu'à une période avancée de cette dernière affection, le moyen dont il s'agit, et tant d'autres sont le plus souvent inutiles. Mais c'est surtout dans les cas où les tubercules se développent, sont naissants, non encore ramollis, ou en travail de ramollissement ; où de l'amaigrissement, une sorte d'étiolement, un peu de toux et d'essoufflement laissent, pour ainsi dire, seulement présager la terrible et insidieuse maladie, qui ne se trahit guère au début que par quelques épiphénomènes ou signes rationnels, et qui, une fois bien déclarée, bien patente est presque à coup sûr mortelle, quoi qu'on fasse... C'est dans ces circonstances particulièrement, dis-je, que notre remède, secondé par l'hygiène et la médecine des indications, aura vraiment d'heureux résultats. Il n'était pas besoin de la prévision de Mascagni pour pouvoir fonder à l'avance quelque espoir de succès sur le remède dont il est ici question. Les avantages obtenus par l'iode dans toutes les affections strumeuses devaient en laisser prévoir de semblables

(*) Répertoire médico-chirurgical.

dans des cas analogues, où il ne s'agissait que de trouver un cas direct, convenable, et par suite efficace d'application et d'emploi de cette même substance.

» Il y a, en effet, pour nous parité complète entre ces diverses affections : pour toutes ce sont toujours des organes préexitants, des ganglions lympathiques développés, hypertropiés par l'irritation; phlogosés plus ou moins chroniquement et dégénérant par suite en tubercules. Nous avons maintes fois suivi pour ainsi dire, pas à pas, les progrès du mal dans les ganglites, adenites ou phthisies tuberculeuses, relatives aux ganglions cervicaux, bronchiques et inter-bronchiques, et à la suite des faits nombreux consignés dans notre ouvrage sur les maladies des enfants, nous avons fait application de cette théorie, à ce qui se passe dans l'intérieur du poumon dans la phthisie proprement dite, et dans les membranes du cerveau, lors de la méningite dite tuberculeuse. A ces différents égards notre conviction est entière, bien que l'on objecte contradictoirement à l'opinion de Morton et de Broussais (qui admettaient cette origine aux tubercules pulmonaires), qu'il y a abscence de glandes lympathiques dans le poumon. A l'état physiologique, il est vrai, la ténuité de ces organes intra-pulmonaires les laisse échapper à nos moyens d'investigation; on les suit pendant quelque temps aux alentours des bronches, mais devenant de plus en plus petits on finit par en perdre la trace. Néanmoins les granulations décrites par Bayle et les tubercules miliaires de Laënnec sont pour nous ces mêmes organes, les glandes lymphatiques pulmonaires, ayant subi quelque modification morbide, devenues visibles, gonflées, hypertrophièes, dégénérées. Des arguments fondés sur l'analogie, et il y en a davantage ici, sont plus que des probabilités. Mais les convictions ne s'imposent pas; elles gagnent petit à petit. Si l'on peut refuser d'admettre des données capables d'éclairer la nature et l'étiologie de la phthisie pulmonaire, il est bien plus facile encore de nier les résultats thérapeutiques qui en sont les conséquences. L'état curable de cette funeste maladie n'apparaît le plus souvent que sous les formes d'une simple bronchite; on ne peut, comme dans les affections analogues, mais externes, faire voir et toucher le mal, ou sa place, avant et après l'application du remède avant et après la guérison; on ne peut expliquer, en un mot, et raisonner que par analogie... mais qu'arrive-t-il, c'est que l'on nie, ou que l'on prétend, quand vous échouez, que vous avez affaire à une véritable phthisie, tandis que lorsque vous guérissez vous n'avez eu entre les mains qu'une bronchite.

4 novembre 1839.

Le docteur BERTON.

CHAPITRE V.

Affections gastro-intestinales.

I.

§ I. *Considérations générales, historique.*

A. L'état de perfection prématurée des organes gastro-intestinaux, leur ampliation, leur activité fonctionnelle, la nécessité particulière de cette énergie, les nombreuses sympathies qui unissent l'ensemble de l'appareil de la digestion et le lient au reste de l'organisme; d'autre part, les vices et les écarts de régime, le défaut de connaissance des règles de l'hygiène, ou le manque de possibilité de leur application; les conséquences non moins graves des méthodes curatives vicieuses, dérivant de théories spéculatives... toutes ces causes sont de nature à justifier la gravité et la fréquence des affections gastro-intestinales chez les enfants; gravité et fréquence sur lesquelles insistent d'ailleurs nombre de pathologistes tant anciens que modernes (1).

(1) Les maladies les plus fréquentes des enfants sont les catarrhes gastro-intestinaux; non-seulement ces maladies surviennent souvent comme affection idiopathique chez les enfants; mais elles compliquent aussi la plupart de leurs maladies aiguës. C'est ce qui faisait dire à Harris : *Infantum morbi si non omnes, plurimi tamen ex ventre infimo, tanquam equo trojano, prodeunt* (Weber, *De caus. et sig. morb.*). Ces maladies s'observent surtout jusqu'après la deuxième dentition.

Il faut reconnaître que la cause de ces affections se trouve fréquemment dans le régime mal conçu auquel on soumet les enfants, à cette période de la vie où les fonctions digestives ne sont accommodées qu'à un genre d'alimentation déterminé; mais il faut admettre aussi la susceptibilité toute spéciale du tube digestif des enfants à sentir les excitants, à s'injecter et à se phlogoser. Cette susceptibilité ne provient pas seulement de l'état général de prépondérance de l'appareil vasculaire à sang rouge, évident surtout dans les capillaires des téguments internes; elle résulte aussi du travail d'accroissement qui se montre pendant tout le premier âge, avec une grande énergie, dans les orga-

Mais ces maladies, telles qu'on les trouvait assez généralement décrites, semblent peu en rapport avec les idées actuelles et les progrès de la science : elles sont, en effet, tantôt constituées par des symptômes érigés en états morbides particuliers, ainsi qu'il en est rélativement au vomissement, aux acidités, à la diarrhée, aux coliques, aux flatuosités, à la constipation, etc., tantôt fondées sur la présence de vers, sur la supposition de cachexies et de vices d'organisation.

Suivant Hippocrate, la première enfance est sujette aux aphthes et aux vomissements; vers l'époque de la dentition s'observent les diarrhées, surtout lors de la sortie des dents canines, chez les enfants qui ont beaucoup d'embonpoint ou chez ceux sujets à une constipation habituelle : plus tard se rencontrent les vers intestinaux. Le père de la médecine était d'avis d'accorder aux jeunes malades plus de nourriture, parce qu'ils avaient *plus de chaleur innée et de force digestive.*

Selon Aétius, le dévoiement, si ordinaire aux enfants pendant la dentition, est produit par la phlogose de l'estomac.

Sydenham signale le danger du fréquent emploi des purgatifs chez eux, et conseille de traiter par la saignée la diarrhée qui survient après la rougeole, ainsi que celle qui succède à la pleurésie et la pneumonie. La diarrhée serait quelquefois, d'après le même auteur, produite dans les fièvres inflammatoires par l'administration de l'émétique, et, dans les fièvres continues, par l'absence d'un vomitif au début; elle serait aussi

nes digestifs. Cet appareil augmente en longueur et en diamètre ; ses valvules conniventes s'agrandissent, les cryptes mucipares se développent, ses tuniques, ses villosités s'allongent et se multiplient; enfin, l'appareil digestif se complète par les deux dentitions. — Gendrin, *De l'influence des âges sur les maladies,* pag. 30.

Comme le catarrhe gastro-intestinal des enfants provoque facilement, aussi par suite de l'irritabilité extrême du système nerveux à cet âge et aussi par suite de l'activité extrême de l'appareil circulatoire, des phénomènes morbides très-variés, il ne faut pas être surpris de lui voir attribuer presque toutes les maladies des enfants, comme l'a fait Estmuller, *id., id.*

quelquefois produites par les pustules inflammatoires qui se jetteraient sur les intestins. Le temps où écrivait ce célèbre médecin est l'époque d'un retour vers la méthode d'observation; néanmoins beaucoup de ses explications sont encore empreintes d'humorisme et de chimisme. Voici, par exemple, ce qu'il dit sur le tort que le fréquent usage des purgatifs fait surtout aux enfants, « en attirant sur les viscères des débordements d'humeurs, qui, séjournant dans ces parties, y excitent des fermentations contre nature, d'où s'ensuivent des tumeurs dans l'abdomen, lesquelles vont toujours en augmentant à mesure qu'on purge plus souvent le malade; enfin il arrive que les parties affectées ayant perdu leur ressort et étant privées de leur chaleur naturelle, qui se trouve pour ainsi dire étouffée sous le poids des humeurs, tombent facilement en pourriture, D'autres fois il se forme, dans les glandes du mésentère, des tumeurs scrophuleuses et autres semblables qui conduisent les malades au tombeau. »

Aussi l'auteur que nous citons, regarde-t-il la diarrhée comme un symptôme aussi important que salutaire dans les petites-véroles chez les enfants; comme un symptôme aussi nécessaire que les pustules, que l'enflure des mains et du visage, et prétend-il qu'elle sert à évacuer la matière morbifique; qu'enfin, elle est aussi utile que la salivation chez les adultes.

Sydenham semble, du reste, avoir voulu faire remarquer la difficulté du diagnostic dans les maladies des enfants, quand il dit qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer de quelle nature est chez eux la fièvre, après avoir avancé, ailleurs, que les fièvres font les deux tiers des maladies qui sont l'objet de la médecine. On trouve encore dans cet auteur que la saignée est quelquefois aussi utile et aussi nécessaire chez les enfants que chez les adultes.

Mais hâtons-nous d'arriver aux ouvrages plus spécialement consacrés à la pathologie relative aux enfants.

Rosen attribue la diarrhée à tout ce qui occasione un grand amas ou une trop grande affluence d'humeurs séreuses dans les intestins : à ce qui arrête l'effet des vaisseaux absorbants, ou

augmente le mouvement péristaltique des intestins. « Les amas de matières se font surtout en buvant et mangeant beaucoup. Si l'estomac et les intestins ne peuvent digérer les aliments, il s'y amasse des crudités qui contractent ensuite de l'acrimonie et augmentent le mouvement des intestins par l'irritation qu'elles y causent; d'où il résulte enfin un écoulement plus extraordinaire de matières fluides. La même chose arrive si le sang a de l'acrimonie, parce que les humeurs qui se séparent du sang, dans l'estomac et les intestins, ont aussi la même nature et irritent aussi les intestins : d'où résulte le même écoulement abondant. Voilà pourquoi on éprouve du trouble aux intestins, des borborygmes peu de temps avant un cours de ventre : ce qui ne vient que de l'augmentation du mouvement péristaltique. S'il y a suppuration aux intestins ou à d'autres viscères, ou à l'extérieur du corps, et que le pus se jette de là dans les intestins ou dans le sang, qui le porte ensuite dans le canal intestinal, il arrive la même chose. »

Suivant le même auteur, « les sérosités s'amassent encore dans les intestins lorsque les orifices des vaisseaux exhalants ou des glandes sont flasques, ou trop lâches, ou corrodés, ou lorsque les vaisseaux absorbants ne peuvent plus reprendre convenablement les humeurs séreuses : ce qui arrive lorsqu'ils sont flasques ou obstrués par des glaires, par les croûtes des aphthes, celles de la petite-vérole, ou les desquamations de la rougeole, ou lorsqu'il est survenu une obstruction au foie, aux glandes du mésentère. Les sérosités se trouvent aussi renfermées dans les intestins par une acrimonie : en effet, pendant que cette acrimonie augmente l'affluence des humeurs par les vaisseaux exhalants, elle occasione aussi certaine astriction aux vaisseaux absorbants, qui ne peuvent plus rien reprendre. »

Ce que dit Rosen, au sujet des causes de la diarrhée, montre que ce médecin avait reconnu que l'excès d'aliments, et comme conséquence, que les mauvaises digestions, ainsi qu'il en est (pour nous servir de sa comparaison) de la présence d'un grain de sable dans l'œil, irritent les organes digestifs, provoquent un écoulement extraordinaire de matières fluides, et sollicitent

un surcroît de contractions intestinales. Mais incessamment dévié de cette direction par l'entraînement vers les doctrines régnantes, cet auteur ne tarde pas à y aboutir et à se renfermer dans le cercle des idées de son temps. Aussi voit-on dans ses écrits les crudités, l'acrimonie, la bile, les acides jouer les principaux rôles. S'agit-il d'expliquer ce qui arrête l'effet des vaisseaux absorbants, c'est le *strictum* et le *laxum* des méthodistes qui sont invoqués... Les orifices des vaisseaux exhalants ou des glandes sont flasques ou trop lâches, ou les absorbants éprouvent une astriction qui les empêche de rien reprendre. Ou c'est à *l'erreur de lieu*, à des glaires qui les obstruent, à des causes mécaniques, à des croûtes, des squames qui les bouchent qu'on a recours. Aux viciations du sang il faut encore joindre, comme complément de médecine humorale, l'écoulement de la transpiration par les intestins, augmentant de la sorte l'affluence des sérosités, non par métastase, non par échange de sur-activité fonctionnelle, mais par un transport réel de matières. Il est encore dit que le vomissement est ordinairement de bon augure dans la diarrhée, mais parce qu'il diminue en partie la quantité des matières qui causent la maladie (1).

Si le vomissement peut être considéré comme une chose favorable et prévenir la diarrhée, c'est surtout en l'imminence d'une indigestion, quand l'estomac a été trop surchargé d'aliments. Mais, en général, la coïncidence de la cessation de la diarrhée et de la manifestation des vomissements n'est pas d'un si bon augure, car c'est aussi le signal de la marche ascendante et de l'arrivée de l'irritation vers le ventricule; ou celui de l'irruption de quelque grave complication; en quel cas le redoublement de la fièvre ne se fait pas attendre.

Les conseils pratiques de Rosen, au sujet de la diarrhée apyrétique, compagne de maux de tête, d'ophthalmies, de maux de gorge, du travail de la dentition; diarrhée que, dans ces circonstances, il engage à abandonner à elle-même jusqu'à

(1) Diuturno alvi prrofluvium detento, sponte superveniens vomitus, alvi profluvium solvit. — *Aphor.*, Hipp.

certaines limites, sont bien préférables aux solutions théoriques qui y sont adaptées. Rosen parle de l'activité de la nutrition chez les enfants; mais, entre l'énergie fonctionnelle et la susceptibilité maladive du tube digestif, il ne voit et n'établit aucun enchaînement. Si, selon lui, les intestins des enfants sont sujets à des dérangements, c'est qu'ils sont, proportionnellement, plus grands que ceux des adultes, ce qui fait que les aliments laissent dans l'estomac beaucoup plus de résidus ou de saburres.

Pour le vomisssement, symptôme dont Rosen fait aussi une maladie distincte, se représentent à peu près les mêmes idées produites au sujet de la diarrhée. « Les crudités sont quelquefois d'un caractère rance, ce qui arrive lorsque les sujets prennent trop de lard, etc...; elles ne sont souvent qu'un flegme visqueux qui s'accumule dans l'estomac quand l'enfant a mangé trop de bouillie, du pain mal fermenté, ce qui météorise l'estomac et le rend dur au tact. L'acrimonie que les aliments contractent dans l'estomac peut être d'un caractère putride, ce qu'on a lieu de présumer si l'enfant a mangé trop de viande : l'odeur d'œuf pourri qui revient à la bouche en est le signe, etc., etc. » Les vers, la gale répercutée, forment aussi des causes particulières de vomissement.

On peut pressentir les moyens thérapeutiques qui suivent : ainsi, se trouvent tour à tour prescrits les vomitifs, les cathartiques, les astringents, les corroborants, les neutralisants. La magnésie, l'ipécacuanha, la rhubarbe, la cannelle, le safran, l'écorce d'orange, le vin chalybé, l'élixir stomacal, l'éthiops martial, le jus de citron, la crême de tartre, l'eau de plantain, etc., forment d'ailleurs la base de la plupart des formules des médicaments internes; tandis que la thériaque, la muscade, l'eau-de-vie camphrée, sont réservées pour la confection de topiques destinés à être appliqués sur les parois abdominales. Dans la *lienterie*, qui a lieu lorsque les aliments sont rendus par les selles sans être digérés, et peu de temps après avoir été pris, dans le *flux cœliaque* que dénotent des évacuations alvines fréquentes, grises, jaunes et même sanglantes,

accompagnées de météorisme et d'obstructions, d'engorgements des glandes du mésentère ; enfin dans le cours de ventre avec présence de pus dans les matières rendues, à part quelques conseils diététiques, le régime lacté (auxquels il eût mieux valu s'en tenir), se trouvent de nouveau préconisées des prescriptions où entrent quelques-unes des substances mentionnées plus haut.

Dans Underwood (1) il est question du vomissement qui survient par suite d'une trop grande réplétion de l'estomac ; ou qui provient d'un régime acrimonieux ; de celui qui n'est que le symptôme d'une autre maladie; enfin du vomissement occasioné par la trop grande sensibilité ou la trop grande irritabilité des nerfs de l'estomac. Dans le premier cas, la diète et les boissons chaudes légèrement aromatiques sont conseillées, tandis que la rhubarbe et la magnésie se trouvent proscrites. La magnésie et de légers laxatifs sont, au contraire, indiqués dans le second ; ce qui est encore assez rationnel, s'il est question de remédier au surcroît d'acidités, aux aigreurs, assez véritablement étrangères à une irritation gastrique un peu sérieuse, pour qu'il soit sans danger et utile de les combattre par les *neutralisants;* ainsi qu'il arrive, par exemple, chez les femmes enceintes et chez les jeunes enfants dont l'estomac est surchargé sans mesure de substances farineuses et lactées. Les absorbants sont alors les vrais remèdes, quand l'état de l'estomac permet de les administrer (2). Relativement au troisième cas, il est judicieusement dit qu'en attaquant la cause on trouvera le remède dont il est besoin, c'est le *sublatâ causâ tollitur effectus;* mais il est douteux que les moyens proposés répondent toujours et com-

(1) *Traité des maladies des enfants*, ancienne édition.

(2) C'est chimiquement alors qu'ils réussissent ; tandis que d'autres fois c'est par un effet tenant à l'antagonisme qui existe entre l'intestin et l'estomac, que l'on a pu parvenir à faire cesser les vomissements. On explique ce second résultat, en supposant que ceux-ci étaient produits par des mouvements antipéristaltiques, et que les purgatifs ont rétabli les mouvements péristaltiques : ou en supposant encore qu'en produisant des selles, on opère une sorte de révulsion, on surexcite l'intestin aux dépens de l'irritation de l'estomac.

plètement aux intentions de l'auteur; car ils se bornent aux soi-disant remèdes capables de resserrer, de fortifier l'estomac et d'en diminuer en même temps la sensibilité; tels seraient l'infusion froide de quinquina ou de fleurs de camomille, avec l'écorce d'orange et un peu de rhubarbe; quelque mixture saline et une goutte ou deux de laudanum; les fomentations aromatiques ou spiritueuses au creux de l'estomac; l'emplâtre stomacal avec thériaque, etc... On ne peut de même laisser passer sans critique la prescription d'un vomitif antimonial; s'il y a de la fièvre, celle de l'oxymel scillitique dans les *dérangements de poitrine*, également avec vomissements. Il est certain que plusieurs de ces formules peuvent réussir dans certaines circonstances et sous certaines conditions; mais c'est ce qu'il eût fallu préciser mieux et plus convenablement; faute de quoi, on ne peut que désapprouver des préceptes thérapeutiques qui tendent à ne point faire tenir compte des nombreuses et dangereuses contre-indications, ni prévues, ni signalées. Cependant, nous le répétons, quelquee-uns de ces conseils peuvent ne pas être sans valeur : ainsi, par exemple, s'il s'agit d'atténuer le surcroît d'irritabilité, de combattre l'exaltation de la sensibilité de l'estomac, de chasser les gaz, etc., les fomentations aromatiques ou spiritueuses, l'emplâtre de thériaque à l'épigastre, les infusions de camomille, etc., peuvent être conseillés avec avantage.

Les idées d'Underwood sur la diarrhée, portent le cachet de l'humorisme le plus absolu; nous n'en voulons pour preuve que les citations suivantes :

« Les intestins sont, chez les enfants, les égoûts natutrels et critiques de leurs maladies, comme les pores cutanés et les reins le sont chez les adultes. La plupart des maladies, chez les enfants, ou résidant dans les premières voies, ou accompagnées de fièvre, ne paraissent céder à la fréquence des selles qu'on leur procure, que pour reparaître bientôt si on interrompt les purgatifs avant que la matière irritante soit évacuée. Si ces purgatifs réitérés ne suffisent pas, on reprendra les absorbants, sans même négliger les opiats. »

Il est d'autant plus à croire que dans les inflammations gastro-intestinales, même dans celles aiguës et avec fièvre, les absorbants, les purgatifs et les opiatiques étaient prescrits par Underwood, *dans le but* de porter, de rejeter au dehors la *matière offensive* et de *calmer la grande irritabilité des intestins*, qu'il insiste sur l'importance de savoir quelle partie de ceux-ci est particulièrement affectée, et qu'il conseille d'examiner attentivement le ventre de l'enfant, de saisir les expressions différentes de la douleur, pour en tirer quelqu'indication; et cependant, en définitive, c'est toujours au même genre de remèdes qu'il conseille d'avoir recours. Quand les selles sont aigres, granulées ou glaireuses, ou verdâtres ou aqueuses, quand elles sont fétides, quand elles sont sanglantes, etc., avec ou sans fièvre, c'est encore, c'est toujours aux purgatifs qu'il faut s'adresser.

Tout ce que nous venons de citer, tout ce qu'ont émis sur le même sujet Harris et Amstrong, tout ce que l'on trouve à cet égard dans Rosen, se résout en dernier lieu en préceptes que l'on peut, à bon droit, qualifier d'incendiaires; car il ne s'agit rien moins que de fomenter, d'activer ou de susciter des affections inflammatoires gastro-intestinales par une stimulation continue et homicide des organes déjà ou bientôt sur-irrités. Dans toutes les maladies des organes de la digestion, il n'était, en effet, alors qu'une pensée, la production ou la présence d'acrimonies, de matières vicieuses ou viciées; il n'était qu'un but, l'expulsion et la neutralisation de ces matières.

C'est du brownisme que l'on trouve dans les conseils relatifs aux affections des voies digestives que donne Alphonse Leroy (1); c'est de la faiblesse à combattre, des toniques à administrer...; c'est du brownisme, à part les théories simples et ingénieuses. Voici, du reste, un exemple de la diffusion de ses explications: « Tous nos muscles n'agissent que lorsqu'ils ont un point sur lequel ils s'appuient, et d'où réagit et se réfléchit le fluide de la vie. Nous marchons d'autant plus péniblement et

(1) *Médecine maternelle*, Paris, 1830, pag. 369.

nous dépensons d'autant plus de force inutilement, que le point d'appui sur lequel nous marchons est plus mou. Ce qui arrive pour le système musculaire dans l'économie, arrive pour tous les autres systèmes : chacun a un point d'appui où les forces vitales vont se porter pour, de là, réfléchir le mouvement dans l'économie. Tout le canal intestinal est le point d'appui du système nutritif et lymphatique du bas-ventre : ce point d'appui cesse-t-il par la perte de la force tonique de tout le canal intestinal, alors tous les fluides sont portés vers ce point relâché, et la vie et le fluide fuient par cette issue; le canal intestinal, ayant naturellement peu de vie, doit être sujet à cette perte de ton. Mais, dans ce même canal intestinal, tantôt c'est l'extrémité, le point d'appui du système sanguin intestinal qui perd son ton, alors afflux sanguin, dysenterie sanguine; si ce sont les vaisseaux séreux, alors afflux de sérosité; si le foie perd son ressort, ce point d'appui du système biliaire laisse couler abondamment la bile dans le canal intestinal; enfin tous les vaisseaux absorbants lymphatiques sont-ils relâchés, alors la lymphe y afflue, etc., etc. »

Baumes (1) parle d'une diarrhée spasmodique nerveuse, à laquelle se lient des accidents nerveux. Il se trouvait ainsi sur la voie des sympathies qui unissent l'appareil digestif avec les centres de l'innervation, et cepandant il n'aboutit qu'à des conclusions systématiques surannées. La diarrhée nerveuse, suivant cet auteur, dépouille les intestins de leurs mucosités, occasione un épuisement et un relâchement général, jette les nerfs de l'intestin et de l'estomac dans un état de langueur qui entraîne celui de tous ceux du corps, etc. Pour se rapprocher davantage encore des idées de Cullen, il ne lui restait plus qu'à conseiller de remédier à l'affaiblissement, de fortifier; mais il se contente de désigner vaguement comme remèdes les adoucissants. Du reste, dans le dévoiement blanc ou lienterie albumineuse, à l'imitation d'Alphonse Leroy, il

(1) *Traité des convulsions dans l'enfance.* Paris, 1805.

conseille le vin de Malaga, les viandes succulentes et même, de préférence, celles d'une *difficile digestion.*

Ce peu de mots de Stoll, au sujet de l'inflammation méconnue du tube intestinal, pourrait être appliqué à plus d'un des préceptes précédemment exposés : *Principium morbi non raro imponit incautis; frigori, flatui, saburræ, spasmo adscribitur periculoso successu; calidis, carminantibus, catharticis, tractatur, eventu funestissimo.*

Gardien (1) parle de diarrhées symptomatiques qui succèdent à d'autres maladies; il dit que la diarrhée est plus ou moins grave suivant la différence des causes qui lui ont donné naissance; qu'il faut s'attacher à combattre la cause de cette affection; qu'il ne faut, dans aucun cas, l'arrêter avec précipitation; qu'un cours de ventre ne doit pas être regardé comme une maladie chez les enfants; que, cependant, sa continuité est fâcheuse; que la diarrhée peut dépendre d'une irritation assez vive pour faire craindre l'inflammation; qu'enfin la cause des évacuations qui épuisent l'enfant peut se trouver dans la phlogose chronique de la membrane muqueuse des intestins. M. Gardien appelle le dévoiement qui survient à l'époque de la dentition un coryza sympathique des intestins. Lorsque la dentition est difficile, la violence des douleurs trouble constamment les digestions, et donne lieu à un développement d'acides dans l'estomac et les intestins, qui irritent et agacent ces organes. Les moyens conseillés par M. Gardien, dans les affections gastro-intestinales, sont les adoucissants, les évacuations sanguines, les opiatiques à faibles doses, les astringents, etc. La conservation seule des intitulés de chapitre *de la diarrhée, du vomissement*, symptômes pris pour maladies, est déjà une preuve que l'auteur n'a pas toujours su se dégager des errements de ses devanciers, et M. Gardien le démontre de nouveau, quand il dit que les intestins sont les égouts habituels par où la nature opère ses crises; que les matières étrangères qui les irritent, une fois évacuées et les douleurs dissi-

(1) *Loc. cit.*

pées, on doit prescrire la rhubarbe, pour redonner de la force aux viscères; que les absorbants, unis à la rhubarbe, sont avantageux lorsque les déjections sont verdâtres; et quand enfin il conseille, dans les affections chroniques de la membrane muqueuse des intestins, les ferrugineux, le quinquina, la rhubarde, le sirop de raifort composé, etc., etc. De tels moyens, aussi vaguement qu'imprudemment conseillés, s'ils ne sont aptes à allumer une phlegmasie qui n'existait pas encore, sont plus que capables de réveiller un incendie sourd et peut-être sur le point de s'éteindre. Nous ne soutenons pas cependant que les toniques et les astringents ne puissent convenir dans certains cas de phlegmasies gastro-intestinales. Il peut en être de leur action sur la muqueuse phlogosée de l'intestin ainsi qu'il arrive et que nous le remarquons au dehors à l'égard d'une surface enflammée. L'astriction ou la stimulation qu'ils produisent peut modifier avantageusement la sur-excitation sécrétoire ou favoriser l'acte de résolution; mais ces résultats sont subordonnés aux dispositions générales et locales de l'irritabilité et de la sensibilité, dispositions auxquelles la médication précédente n'est pas étrangère. Si les forces générales et locales n'ont été assez déprimées pour qu'il n'y ait pas lieu de craindre leur puissante réaction, si l'exaltation des propriétés vitales est localement trop grande, dans ces circonstances, toute stimulation directe ou indirecte sera dangereuse et fréquemment fatale.

Broussais ne nie pas non plus que les toniques ne puissent être forts utiles, même dans des inflammations gastro-intestinales; mais c'est à la suite des pertes de sang excessives, soit spontanées, soit provoquées. Voici, en effet, comme il s'exprime à cet égard : « Que la phlegmasie intestinale soit totalement emportée, ou qu'il en reste dans quelque point du canal, l'important est que le sang ne manque pas au cerveau, car la mort en serait la suite nécessaire. Lors donc que le filet de sang artériel est trop exigu à la suite des hémorragies excessives, il faut exciter le cœur et ranimer un peu le canal pour qu'il puisse faire l'absorption; il le faut, quand bien même il

resterait un point de phlegmasie circonscrit dans l'estomac, le duodénum, ou quelque intestin ; il le faut, sauf à revenir ensuite aux émissions sanguines locales, si cette phlegmasie ranimée tend à se propager au cerveau. Reste à déterminer quelle est la voie la plus avantageuse pour le coup de fouet que l'on veut donner : c'est l'analyse physiologique des fonctions, et non l'idée grossière d'une entité morbide comprimant tout l'organisme qui fera connaître cette voie (1).

M. Denis (2) a reproduit, à propos des affections des organes digestifs chez les jeunes enfants, plusieurs des propositions établies par Broussais. « Les affections digestives ont pour caractère l'instabilité ; et c'est surtout de haut en bas que les phlegmasies des membranes muqueuses digestives se propagent et se déplacent. » Il faut ajouter que, quand ces phlegmasies débutent par la partie inférieure du tube digestif, c'est au contraire de bas en haut qu'elles tendent à cheminer. « Le canal alimentaire influe puissamment par ses réactions, non-seulement sur les différentes parties, mais encore sur l'état de tout l'organisme, et à son tour il est rapidement influencé par l'activité propre à tous les autres organes ; mais cependant il est surpassé dans cet échange, parce qu'il est plus excitable et sans cesse excité : enfin il est, par suite, très-rare de rencontrer une altération d'un organe quelconque, bien développée sans gastro-entérite (3). »

B. *Sympathies. Complications. Causes.* Nous sommes loin de

(1) *Examen des doctrines médicales*, Paris, 1829, t. 1.

(2) *Recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés*, 1826.

(3) Il n'est guère d'organes dont les maladies, en se prolongeant, ne déterminent quelque altération dans les voies digestives, et presque constamment les maladies générales portent leur action sur elles, quand leur point de départ a été en dehors du tube digestif (Andral, *Cours de pathologie interne*, t. I, pag. 1, 1836.).

Toute l'économie, soit saine, soit malade, exerce une grande influence sur le tube digestif (Baglivi, 1696).

Il y a peu de maladies dans lesquelles l'estomac ne joue un principal

nier les sympathies qui unissent les viscères abdominaux au reste de l'organisme; mais nous croyons néanmoins qu'il y aurait quelque exagération dans l'opinion qui admettrait que notre machine ne serait vulnérable que par le ventre, qui tendrait à établir, pour ainsi dire, dans tout état de maladie, la fatalité des lésions directes ou sympathiques des organes gastro-intestinaux, et constituerait enfin en ce sens une sorte de triste monopole en faveur de ces organes.

Ce que semble démontrer l'observation la plus désintéressée, la plus dégagée de toute préoccupation systématique, de toute prévention théorique, c'est que les phlegmasies du triple appareil splanchnique du cerveau et de ses enveloppes, des poumons, des bronches et des plèvres, de l'estomac et des intestins sont très-fréquentes pendant toutes les époques de l'enfance, sans qu'il soit même, en général, toujours facile ou possible de décider lesquelles à cet égard l'emportent sur les autres. Mais, quant à la manière, à l'ordre suivant lequel s'interposent, se compliquent entre elles les affections phlegmasiques broncho-pulmonaires et gastro-intestinales, les faits apprennent aussi que c'est le plus souvent par le poumon et les bronches que procède la maladie complexe, avant de se manifester du côté du ventre; tandis que le contraire a lieu, que les organes gastro-intestinaux sont, en quelque façon, les foyers les plus ordinaires de propagande dans les maladies réunies de la tête et du ventre.

Plusieurs de nos observations témoignent aussi que c'est plutôt secondairement que, dans les gastro-entérites, se dé-

rôle, et où il ne devienne principal acteur, à cause des rapports qu'il a avec les autres organes (Bordeu, 1767).

Prost, dans sa *Médecine éclairée par les ouvertures des cadavres*, 1804, émet cette proposition, que les fièvres muqueuses gastriques, ataxiques, adynamiques, ont leur siége dans la membrane muqueuse intestinale.

Ces trois dernières citations prouvent que, même avant Broussais, on s'était préoccupé de l'importance des maladies des organes digestifs.

clarent les symptômes cérébraux, et que c'est surtout vers les dernières périodes des affections aiguës ou chroniques du poumon, des bronches et même de la peau, que se manifestent les complications du côté du ventre.

Parmi les causes qui favorisent la production des affections gastro-intestinales, il faut citer les écarts de régime, une alimentation mal choisie, surabondante ou de mauvaise qualité. Parmi les *injesta* de cette sorte, il faut placer le lait modifié par une influence nerveuse. On voit des enfants qui sont pris de vomissements pour avoir sucé le lait d'une nourrice, après une violente colère de la part de celle-ci. Le lait trop nourrissant peut amener les mêmes accidents chez un enfant nouveau-né. On peut en dire autant des laits trop anciens, chez lesquels le sérum prédomine, et qui, par conséquent, ne contiennent pas assez de matières chimifiables. Le lait qui a pris des qualités acides est fréquemment rejeté par les enfants; et si on ne lui rend incessamment ses qualités alcalines, l'estomac ne tarde pas à s'irriter sérieusement (voir pag. 43). Les boissons prises froides le corps étant en sueur; le vin pur et les liquides alcooliques, en général, non suffisamment étendus d'eau et dont l'usage est toujours alors un abus chez les enfants, peuvent facilement déterminer chez eux des irritations plus ou moins vives de l'estomac et des intestins; enfin l'abstinence complète d'aliments, pendant un temps plus ou moins long, est elle-même une cause de gastrite. Nous en dirons autant d'un changement brusque d'alimentation; c'est ainsi qu'à l'époque du sevrage, les jeunes enfants sont souvent atteints de gastro-entérite (voir pag. 43). On a signalé le tempérament sanguin comme prédisposant aux inflammations gastro-intestinales; il suffit d'observer un certain nombre de scrofuleux pour acquérir la conviction que chez eux, sous l'influence de la cause la plus légère, les voies digestives s'enflamment avec une merveilleuse facilité. Nombre de phthisiques finissent par une diarrhée colliquative avec ulcérations intestinales. . . .

Tel est l'aperçu des causes prédisposantes, sympathiques, directes ou indirectes, sous l'influence desquelles sont suscep-

tibles de se déclarer les phlegmasies gastro-intestinales, dont parfois, le développement est spontané, ou dont il pourrait être fort difficile de désigner le mobile étiologique.

C. *Analyse. Examen des symptômes et des lésions.* Selon M. Denis, les ulcérations du gros intestin sont infiniment plus rares que celles de l'estomac, mais moins que celles de l'intestin grêle, où, dit-il, leur existence est encore problématique. Cependant M. Denis adopte l'opinion d'après laquelle les ulcérations gastro-intestinales auraient toujours, pour point de départ, les follicules de la membrane muqueuse digestive, et ce serait, ce nous semble, un motif pour considérer la présence d'ulcérations dans le jéjunum, et surtout dans l'iléon, comme assez fréquente; car il résulte, des recherches consignées dans l'ouvrage de Billard (qui, ainsi que M. le docteur Denis, s'est spécialement occupé des maladies des enfants du premier âge), que les entérites folliculeuses ne sont rien moins que rares chez les jeunes enfants; que, si elles ne s'y présentent avec l'appareil ataxo-adynamique dont elles s'entourent chez les adultes, elles ne laissent pas moins sur le cadavre les mêmes traces que l'on rencontre chez ceux-ci. Les ulcérations de l'estomac et de l'intestin grêle nous ont toujours paru assez fréquentes chez les enfants du second âge, celles du petit intestin plus communes que celles du gros, et nous nous étonnons encore que M. Denis, qui, un des premiers, a observé chez les jeunes enfants et décrit la maladie caractérisée par l'inflammation de l'appareil folliculeux intestinal, ait considéré les ulcérations de l'iléon et du jéjunum comme problématiques. Cet auteur a observé cinq à six fois la destruction gangréneuse de la membrane muqueuse de ces régions; mais jamais il n'a trouvé de muguet dans le petit ou le gros intestin. Cette altération de sécrétion a été, au contraire, rencontrée par Billard, non-seulement aussi dans l'estomac, mais dans le reste du tube intestinal. MM. Véron et Guersant, parlent du muguet de l'estomac et du gros intestin comme d'une chose assez rare, et considèrent celui de l'intestin grêle comme plus rare encore. Nous n'avons jamais rencontré le muguet des in-

testins chez les sujets de trois à douze ans; dans deux cas, cependant, il existait dans la bouche et au pourtour de l'anus.

Nous n'avons jamais rencontré non plus la gangrène partielle, suite de l'iflammation de la muqueuse gastro-intestinale. M. Jules Cloquet l'aurait particulièrement trouvée chez des enfants en bas âge, et Billard, auquel nous empruntons cette citation, avoue qu'il n'a jamais eu l'occasion d'observer cette espèce d'ulcération gangéneuse.

L'épaississement, produit de l'action nutritive, vicieusement accrue de la membrane muqueuse gastro-intestinale, résultat fréquent de l'inflammation chronique de cette membrane, a été décrit par M. Denis, comme provenant d'une exhalation interstitielle de lymphe coagulable. Cet observateur attribue aussi à un semblable travail morbide le développement des follicules intestinaux, dont nous nous occuperons bientôt, et la production des plaques gaufrées, qu'avec M. Cruveilhier nous considérerions plutôt comme des cicatrices d'ulcérations. Ces sortes d'altérations ou de modifications organiques sont particulièrement un dernier résultat de l'affection des plaques de Peyer, et c'est à tort que M. Louis a prétendu, à propos de la fièvre grave, que les enfants n'en présentaient jamais, puisqu'il est constant qu'ils sont sujets, quoiqu'à un moindre degré que les adultes, aux formes typhoïdes.

D. *Ramollissement blanc et ramollissement gélatiniforme.* M. Denis décrit comme conséquences de phlegmasie gastro-intestinale l'altération blanche et le ramollissement gélatiniforme. Cette altération blanche a lieu lorsqu'une certaine quantité d'exsudation pultacée a été déposée à la surface de la muqueuse injectée, qui, alors, ne tarde pas à se décolorer, et acquiert même peu à peu une blancheur mate fort remarquable. M. Denis n'hésite pas à déclarer que la pâleur de la membrane muqueuse est certainement produite par la continuité de l'irritation, et que cette teinte annonce une altération de texture qui peut disparaître, mais qui, si le stimulus agit encore, finit par devenir si profonde, qu'elle amène sa désorganisation. Trois hypothèses se présentent à lui pour expliquer

cette forme singulière d'altération inflammatoire : 1° engorgement des vaisseaux par les fluides blancs; 2° retrait du sang; 3° ce retrait et l'accumulation de la matière caséeuse des follicules, son absorption par les lymphatiques. Dans l'altération blanche à un haut degré, la membrane muqueuse, bien lavée et débarrassée des fluides qui la souillent, semble, selon cet observateur, parsemée de points blancs. Il signale comme désorganisation arrivée à la suite de cette altération blanche, un amincissement, une friabilité et une destruction de la muqueuse qui se détache par lambeaux, et regarde encore comme appartenant aux suites de cette maladie, une dégénérescence caractérisée par une infinité de points noirs qui sont répandus souvent sur toute la continuité de cette membrane.

M. Denis parle ensuite du ramollissement gélatiniforme (décrit en 1811 par Joeger, et en 1821 par M. Cruveilhier), qui affecte surtout l'estomac, et de préférence sa portion splénique. Il est tantôt blanc ou fauve, tantôt brun, tantôt rouge, très-injecté ou privé de sang. Les progrès de cette altération sont divisés en trois périodes : 1° injection avec infiltration; 2° retrait du sang; 3° désorganisation.

Ces désordres sont les conséquences de gastrites, entérites, gastro-entérites, ou colites chroniques. Le travail morbide se traduit pendant la vie par les symptômes propres à ces maladies; et les symptômes ordinaires des affections inflammatoires aiguës des organes de la digestion, auxquels succèdent souvent les précédents, forment les prodrômes les plus habituels des altérations organiques dont il vient d'être question.

M. Guersant (1) décrit une maladie particulière, caractérisée par des vomissements, sans aucun signe de gastrite, et par des flux diarrhéiques sans aucune inflammation de l'intestin. Les vomissements, souvent réunis à la diarrhée séreuse, ont, suivant ce médecin, beaucoup d'analogie avec le choléra-morbus. A l'ouverture, toutes les membranes de l'estomac et de l'intestin apparaîtraient pâles, décolorées, presque transpa-

(1) Article DENTITION, du *Dict. de méd.*, en 21 vol., 1823.

rentes, comme lavées ou macérées dans l'eau. Quelquefois, cependant, est-il ajouté, on trouve un peu de rougeur sur la membrane muqueuse du cœcum et du colon, et l'on retrouve aussi quelquefois des ramollissements gélatineux de l'estomac, ou d'une partie de l'intestin grêle. Cette affection, du reste, ne s'observerait que chez les jeunes enfants, et particulièrement depuis l'âge de trois ou quatre mois jusqu'à la fin de la première dentition. M. Guersant prétend ensuite que la maladie en question dépend essentiellement d'une altération des fonctions de toutes les membranes gastro-intestinales, et des fluides différents qui sont sécrétés par elles; altération qui ne peut être rapportée, selon lui, ni aux phlegmasies, ni aux névroses, ni même au *ramollissement gélatiniforme;* et enfin ce qui tendrait à isoler cette espèce de maladie des phlegmasies, serait la nature du traitement qui conviendrait. Les preuves alléguées sont que les sangsues, presque toujours inutiles, deviennent même nuisibles, à moins qu'il n'y ait de la fièvre, des selles glaireuses et sanguinolentes; que les toniques, et les excitants surtout, sont néanmoins toujours nuisibles, et aussi dangereux que les vomitifs, tandis que la diète la plus sévère, les boissons adoucissantes et gommées, les lavements, les fomentations, les cataplasmes émollients suffisent souvent pour arrêter les progrès du mal.

Notre conviction est loin d'avoir été entraînée surtout par les derniers arguments produits en faveur de la nature non inflammatoire d'une prétendue maladie particulière assez vaguement caractérisée. Une diète sévère, des adoucissants, des émollients constituent déjà, en effet, un traitement antiphlogistique, énergique pour de jeunes sujets, et la contre-indication des sangsues, chez les enfants très-jeunes, faibles et déjà débilités par les déjections et la diète, ne prouve nullement la non-existence d'irritation gastro-intestinale. D'ailleurs, les sortes de macérations, les ramollissements, même avec décoloration, les rougeurs du cœcum et du colon seraient pour beaucoup d'observateurs très-significatifs.

Billard regarde aussi comme étranger à la phlogose l'état de

la membrane muqueuse intestinale, dans lequel celle-ci est décolorée, amincie, et tombe en pulpe. Ces lésions sembleraient, selon lui, résulter d'une sorte d'étiolement, de faiblesse, de défaut de nutrition existant chez les enfants soumis à une mauvaise alimentation et entourés de causes insalubres. Mais il considère le ramollissement gélatiniforme comme provenant d'une inflammation aiguë ou chronique. Cette désorganisation de la muqueuse gastrique a pour caractère l'accumulation de sérosité dans les parois de l'organe, le boursouflement et la consistance gélatineuse de la membrane interne; pour symptôme principal, des vomissements continuels : elle peut donner lieu à des perforations et se développer surtout à l'époque ou aux environs de la première dentition. D'après M. Cruveilhier, un des auteurs qui, les premiers, aient décrit cette altération spéciale, si la maladie est intestinale, elle a pour symptômes principaux une diarrhée verte très-fréquente, et des vomissements muqueux ou bilieux si elle attaque l'estomac; dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, se remarquent une soif ardente, un amaigrissement très-rapide, une prostration de forces excessive, une face décomposée, un assoupissement léger interrompu par des cris et des contorsions, un pouls lent et irrégulier, le froid des extrémités; le résultat cadavérique est une désorganisation gélatiniforme avec ou sans perforation de l'estomac et des intestins, et la cause, une irritation locale vive.

On peut, du reste, expliquer la production de ces sortes d'altérations d'apparence hyposthéniques, en concevoir l'activité formatrice et sans avoir besoin de recourir aux phénomènes de la phlogose. En rendant, en effet, à l'irritation son véritable sens, en cessant de la confondre avec l'inflammation, en se rappelant que les effets de l'irritation diffèrent suivant les tissus dont l'action est exaltée, on arrive à une solution satisfaisante et physiologique, basée sur la connaissance des tissus élémentaires et l'existence de vaisseaux exhalants et absorbants, révélées plutôt, il est vrai, par induction et nécessité physiologique, que par preuves anatomiques, mais établies, néanmoins,

sur des données assez positives pour qu'on puisse les admettre (1). L'effet de l'action exaltée des absorbants nutritifs est d'extraire plus de molécules organiques qu'ils ne doivent en rapporter physiologiquement dans la circulation. De là, en effet, les désorganisations de tissus, les amincissements, les ramollissements sans rougeur; car l'absorption peut s'exercer avec plus ou moins d'énergie sur le tissu vasculaire et s'emparer des particules sanguines. L'irritation des exhalants nutritifs a pour résultat de verser au sein des organes plus de matériaux que dans l'ordre naturel; de là les hypersarcoses, les flux, les afflux des liquides excrémentitiels, récrémentitiels, etc... En termes plus généraux, s'offre donc, pour expliquer ces sortes d'altérations organiques, de forme primitivement ou consécutivement hyposthénique, cette supposition : que les fonctions nutritives, assimilatrices, sont alors enrayées, s'exercent incomplètement ou faiblement; tandis que les actions ou fonctions opposées continuent, et, dans tous les cas, l'emportent sur les précédentes. C'est donc, en définitive, toujours accuser, comme nous l'avons fait plus haut, la suractivité, l'exaltation relative des forces dessassimilatrices, et tout se réduit encore à une modification locale de l'irritabilité.

C'est là de la théorie, si l'on veut, mais elle touche du moins les faits de si près, elle est si féconde en résultats pratiques, qu'il est impossible de ne pas s'y appesantir. Comment pénétrer autrement d'ailleurs que par la pensée cette intimité moléculaire, cette chimie, ces mouvements organiques, que le principe vital qui les embrasse rend inextricables et insaisissables comme lui! Dans les questions au-dessus des moyens de l'homme, il ne peut juger des choses qu'il ne voit pas que par induction sur celles qu'il voit; la vérité est là ou bien proche quand toutes les analogies témoignent de sa présence.

Nous n'avons rencontré les ramollissements blancs de la membrane muqueuse gastro-intestinale que chez les jeunes

(1) Nous aurons, du reste, bientôt l'occasion de revenir sur ce sujet.

enfants, ceux à la mamelle. Nous croyons à la possibilité de certaine action chimique dans la production de cette altération organique : des recherches récentes, dont il a déjà été question page 44, ont permis, en effet, d'établir que les qualités normales du lait, de cette première nourriture destinée par la nature au jeune enfant, sont loin d'être alcalines, ce qui indiquerait la présence habituelle, au bas âge, d'un surcroît d'acidités dans les voies digestives, et la nécessité de leur saturation, à certain degré, pour l'accomplissement satisfaisant de l'acte digestif et de ses résultats. Or, chez de ces petits êtres, le défaut d'alcalinité de la part de l'alimentation, ou du moins la surabondance de sucs acides dans les organes de la digestion, est non-seulement un sujet de trouble, de dérangement dans les fonctions de ces organes, et, par suite, une cause d'affaiblissement plus ou moins rapide; mais ces acidités en excès, parfois aussi produits d'une irritation gastrique, réagissent à leur tour sur la membrane muqueuse, exaspèrent sa sensibilité, irritent et finissent par enflammer la surface gastro-intestinale. Si l'enfant est trop faible, trop affaibli, pour que ses organes conservent ou possèdent assez de puissance réactive, le contact des acides, outre l'effet vital habituel, outre l'astriction et le retrait du sang qu'ils sont susceptibles de déterminer, peut encore agir chimiquement et opérer une diminution de cohésion dans les tissus, la produire pendant la vie, ou seulement après la mort (1). Ce qui vient aussi à l'appui de cette opinion, c'est

(1) Hunter trouva l'estomac perforé chez un jenne homme mort de faim. La présence du suc gastrique à la surface de l'estomac peut-elle expliquer ce fait, ou plutôt ne faut-il voir ici qu'une dernière conséquence de ce principe : que la suppression d'aliments est aussi une cause de gastro-entérite ? On a, toutefois, établi les distinctions suivantes entre le ramollissement cadavérique et pathologique de la membrane muqueuse gastrique : dans ce dernier, cette membrane est altérée dans une plus grande étendue que la musculeuse, et sa consistance va en diminuant, à mesure qu'on approche du point où elle est complètement ramollie ou même déjà résorbée. Quand l'altération est simplement cadavérique, elle intéresse les deux membranes dans une

la coloration en rouge du papier de tournesol, par les matières rejetées, surtout par celles provenant des vomissements, et les bons effets des neutralisants, du bicarbonate de soude et de la magnésie calcinée, à doses fractionnées, pour arrêter ou modérer les troubles fonctionnels de cette sorte. (Voir p. 43.)

Quant au ramollissement gélatiniforme, que l'action des causes précédentes n'ait pas été étrangères à sa production, ici, du moins, il y a eu réaction. Cet avis est presque unanime, car c'est généralement à l'inflammation qu'est attribué ce résultat pathologique. A l'énumération déjà précédemment faite des symptômes, nous croyons devoir ajouter qu'il y a alors vomissement et diarrhée, avec prédominance de l'un ou de l'autre, suivant le siége et l'extension des lésions. Dans les gastro-entéro-colites avec ramollissement, les vomissements et les déjections alvines sont d'une fréquence chlolériforme. La diarrhée seule est encore très-fréquente dans les colites avec pareil changement dans la cohésion de la membrane muqueuse; et dans les gastrites analogues, les vomiturititions et les vomissements sont très-persistants. Nous les avons vu se renouveler pendant une douzaine de jours, chez une petite fille qui succomba comme épuisée. Les matières des vomissements ne sont pas seulement bilieuses, porracées : si, après les premiers rejets de substances alimentaires, elles sont telles, en effet, assez souvent au début; parfois aussi elles ont l'apparence de blancs d'œuf, ou sont séreuses, aqueuses. Les tisanes sont également rejetées, et elles augmentent le malaise en rappelant les nausées et le hoquet, de sorte que les malades, malgré une soif vive, repoussent les boissons. Les caractères physiques des déjections alvines présentent à peu près les mêmes variations; les couches se trouvent successivement ou alternativement souillées de détritus de substances alimentaires, de matières verdâtres, jaunâtres, glaireuses ou séreuses. La prostration, la faiblesse, sont en raison inverse de la résistance du sujet, et

égale étendue, et leur consistance, autour du point où elle cesse brusquement, est aussi grande que dans les parties éloignées.

en rapport avec la quantité des déperditions diverses. Généralement l'affaissement est rapide, l'altération des traits profonde; il y a pâleur, refroidissement, somnolence, abattement, et assez souvent, en dernier lieu, se manifestent quelques symptômes spasmodiques. Quand les troubles, les désordes organiques suscitent une réaction intense de la part des centres nerveux, ces phénomènes priment souvent et semblent, comme en beaucoup d'autres circonstances, chez les enfants, constituer l'affection principale. Quand dans ces complications l'affection gastro-intestinale n'est que consécutive, elle peut, pour ainsi dire, sous le couvert des troubles nerveux, faire les plus grands progrès, arriver inaperçue à l'état de désorganisation le plus avancé, produire des perforations viscérales. L'observation 15 précédemment relatée, est un exemple de ces désordres profonds qui s'opèrent sourdement et comme à l'abri d'autres désordres.

Il n'est pas toujours facile de distinguer l'entérite simple de celle accompagnée de ramollissement, de même qu'il est parfois presque impossible de ne pas confondre les vomissements dus au ramollissement de l'estomac de ceux qui ne sont que sympathiques. Ces derniers en effet sont aussi fort communs et fort persistants dans les affections cérébrales chez les enfants. Dans les ramollissements de la membrane muqueuse digestive, les traits s'altèrent rapidement et profondément, la langue est pâle, la bouche très-peu humide ou plutôt sèche, le pouls modérément fréquent et incessamment petit et misérable. L'embonpoint se conserve davantage dans l'entérite que dans la gastrite avec ramollissement, où les symptômes s'aggravent avec rapidité, où les vomissements sont continuels et incessants. Dans l'entérite avec ramollissement, les déjections alvines sont fréquentes et assez souvent aqueuses et verdâtres, surtout vers la fin; le ventre d'abord ballonné, s'affaisse ensuite; l'émaciation fait de grands progrès. Dans ces altérations organiques les matières des vomissements rougissent assez généralement le papier de tournesol, tandis que celles des dé-

jections alvines présentent des qualités alcalines, plus rarement celles contraires.

E. *Examen des symptômes et des lésions*. On a distingué, dès la plus haute antiquité, les maladies de l'intestin grêle et celles du gros intestin; Celse remarque que cette distinction avait été faite long-temps avant lui par Dioclès.

Sur quatre-vingts cas d'inflammation du tube intestinal, Billard a observé trente cas d'entéro-colite, trente-six d'entérite et quatorze de colite. Il lui a toujours été impossible, chez les enfants à la mamelle, d'établir une distinction tranchée entre l'inflammation du duodénum et celle du reste de l'intestin grêle. Sur trente cas d'entéro-colite, il y a eu vingt fois du dévoiement de matières jaunes et quelquefois vertes; chez les dix autres, pas de dévoiement; chez tous, ballonnement du ventre et douleur à la pression; chez douze, vomissements de matières jaunâtres, bien qu'il n'y ait pas de gastrite; chez tous, le pourtour de l'anus offrait une rougeur érythémateuse. La langue a très-souvent été rouge et sèche, la peau très-chaude et très-aride; mais le pouls très-rarement élevé jusqu'au degré qui indique ordinairement la fièvre, souvent même ses battements étaient faibles et ralentis.

Sur les trente-six cas ou l'intestin grêle seul était enflammé, quelle que fût, du reste, la variété de l'inflammation, il y a eu vingt fois des vomissements, soit de boissons, soit de matières intestinales; et, parmi vingt cas de vomissements, l'inflammation avait pour siége la région iléo-cœcale, et même la valvule de Bauhin chez quinze; de sorte qu'il serait fort possible, est-il dit, que l'obstruction résultant de la tuméfaction de cette valvule fût une cause de l'interruption des matières intestinales et, par suite, des vomissemenst. Toujours le ventre a été ballonné, sinon dès le début de la maladie, du moins pendant son cours; il y a eu vingt-cinq fois dévoiement de matières jaunes, et souvent d'un vert analogue à celui du méconium; la langue a presque toujours été rouge, la peau chaude, le pouls peu agité, si ce n'est chez deux enfants assez

avancés en âge, et dont l'un avait une inflammation très-intense des follicules mucipares.

Enfin, dans les quatorze cas de colite, il y a toujours eu dévoiement, et le ballonnement du ventre a été, en général, moins considérable; six fois seulement les enfants ont vomi; le plus souvent l'agitation était plus grande et la sécheresse de la peau considérable; elle était froide et aride; le pouls n'a pas offert plus d'élévation que dans les cas qui précèdent. Les quatre-vingts enfants qui font le sujet de cette analyse étaient, pour la plupart, âgés d'un jour à six mois; quelques-uns avaient de six mois à un an.

Il résulterait, selon Billard, de ce calcul, qu'il est fort difficile de diagnostiquer, chez les enfants à la mamelle, l'inflammation du tube intestinal; que cependant il semblerait que les signes propres à l'entérite seraient le ballonnement rapide et considérable du ventre, le dévoiement accompagné de vomissements; tandis que, dans la colite, le dévoiement seul, sans ballonnement du ventre, serait plus fréquent; qu'enfin les symptômes des maladies des voies digestives, chez les enfants naissants, seraient presque toujours locaux, et ne donneraient lieu aux symptômes de réaction générale qu'à mesure que l'enfant avancerait en âge, etc.

Billard pense aussi que l'entérite est la complication la plus commune de la gastrite; car, sur cent cinquante cas d'inflammation de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif qu'il a recueillis, il a observé quatre-vingt-dix cas de gastro-entérite, cinquante cas d'entérite sans gastrite et dix seulement de gastrite sans entérite. Sur quarante cas d'entérite érythémateuse sans complications, observés chez des sujets âgés d'un jour à un an, chez trente il y avait dévoiement de matières jaunes et assez liquides; chez six, vomissements de boissons; chez vingt-cinq, ballonnement du ventre; chez quatre, des selles naturelles; chez six, pas de dévoiement; chez cinq, rougeur érythémateuse aux environs de l'anus; chez aucun, transpiration abondante; tandis que, chez presque tous, la peau était sèche et brûlante; chez quatre seulement se remar-

quait une accélération fébrile du pouls. Chez vingt-cinq, la figure avait une expression particulière de douleur, caractérisée surtout par des rides verticales à la racine du nez et le tiraillement, en dehors, des commissures des lèvres. Sur quatre sujets, il y avait du sang exhalé dans différents points du tube intestinal, où existait une inflammation vive : un de ces enfants en avait rendu une certaine quantité par le vomissement et par les selles.

Enfin, sur quinze cas de dévoiement chronique chez les enfants de quinze jours à deux mois, Billard observa sur huit la décoloration des téguments et du tube intestinal, chez presque tous le ballonnement du ventre, beaucoup de gaz intestinaux, et des matières fluides, blanches, écumeuses.

Rapprochons maintenant de ces recherches ce que nous avons de notre côté recueilli, afin de faire mieux ressortir les dissemblances et les points de contact que présentent des relevés statistiques semblables concernant des âges différents.

Sur cinquante-sept cas d'affections gastro-intestinales observés chez des enfants, deux de ceux-ci étaient âgés de vingt-deux mois, dix étaient âgés de deux ans, deux de deux ans et demi, dix de trois ans, trois de trois ans et demi, quatre de quatre ans, un de quatre ans et demi, un de cinq ans, un de cinq ans et demi, quatre de six ans, deux de six ans et demi, trois de sept ans, deux de huit ans, deux de neuf ans, deux de dix ans, quatre de onze ans, deux de douze ans, un de treize et un de quatorze ans.

Sur ces cinquante-sept observations, se trouvaient quatre cas de gastrite, six cas de gastro-entérite, treize de gastro-entéro-colite, huit de gastro-colite, quatre d'entérite, onze d'entéro-colite, quatre de colite. Dans trois cas, il existait seulement un certain développement partiel des follicules isolés, dont l'orifice de quelques-uns était indiqué par un point noir ; et enfin, dans quatre autres cas, il n'existait aucune trace de phlegmasie, aucune lésion appréciable dans le tube digestif, aucun développement anormal des glandes mucipares de la membrane muqueuse.

Les diarrhées furent au nombre de trente-sept ; il y eut des vomissements dans trois cas, de la diarrhée et des vomissements dans dix, ni diarrhée, ni vomissements dans sept cas.

Ces symptômes furent répartis de la manière suivante :

Nombre de fois que furent observés ces phénomènes dans les cas désignés au dessus de chaque colonne.	Gastrite.	Gastro entérite.	Gastro-entéro-colite.	Gastro-colite.	Entéro-colite.	Colite.	Entérite.	Développement de follicules.	Nulle trace appréciable.	Récapitulation des symptômes.
Diarrhée.	1	5	5	3	9	4	4	2	4	37
Vomissements.	2	»	»	»	1	»	»	»	»	3
Vomissements et diarrhée.	»	1	5	3	»	»	»	1	»	10
Ni vomissements, ni diarrhée.	1	»	3	2	1	»	»	»	»	7
Récapitulation des faits. . .	4	6	13	8	11	4	4	3	4	57

Le pouls était fébrile dans trente-huit cas ; la fréquence du pouls s'est presque toujours accompagnée de chaleur à la peau ; il y eut des symptômes cérébraux dans dix-sept cas. Le ventre fut douloureux à la pression dans quatorze cas, douloureux et ballonné dans neuf. Il existait de la rougeur, principalement vers la pointe et les bords de la langue, dans six cas d'inflammations gastro-intestinales ; dans quatre autres cas, la langue était également rouge ; mais il n'y avait traces de phlegmasie que dans l'intestin et nullement du côté de l'estomac.

Dans six cas, les marques de phlegmasie du tube digestif s'étendaient simultanément dans le duodénum ; ces duodénites compliquées, ou ces complications de duodénite, n'ont pas donné lieu, pendant la vie, à des phénomènes particuliers ou

à des modifications dans les symptômes existants. Dans un cas, néanmoins, avaient été remarqués un état fébrile, la rougeur de la langue, des vomissements, de la soif, de la sensibilité à la pression vers les régions épigastrique et iléo-cœcale : on trouva, à l'ouverture, les follicules du duodénum rouges, développés et boursouflés; de plus, des traces d'entéro-colite. Selon les prévisions ordinaires, c'étaient des preuves cadavériques de gastro-entérite que l'on devait s'attendre à trouver. Comme dans les cinq autres observations l'inflammation du duodénum s'associait à celle de l'estomac, ce n'est que d'après ce seul fait que pourrait être ici établi que les symptômes de la gastrite et de la duodénite offrent parfois une grande analogie.

Les matières rendues par les selles étaient verdâtre chez huit sujets; chez quatre, ces excrétions porracées s'associaient avec le seul développement ou le boursouflement des follicules intestinaux; et chez les quatre autres, ces déjections de même apparence ne se trouvèrent plus coïncider avec de pareilles altérations organiques. C'est néanmoins à l'irritation des follicules intestinaux que nous avons entendu M. Guersant attribuer la production de la diarrhée verte. Selon Billard, la diarrhée jaune, écumeuse et fluide est très-souvent accompagnée d'inflammation; la diarrhée blanche et muqueuse est souvent produite par une augmentation de sécrétion des follicules mucipares de l'intestin, et la diarrhée mélangée de flocons verdâtres a souvent lieu sans inflammation (1). Pour nous, il est démontré que la diarrhée verte et que les déjections muqueuses blanchâtres ne se lient pas exclusivement à l'irritation ou à la phlegmasie des glandes ou follicules de la membrane muqueuse intestinale, et qu'en général les circonstances sous l'influence desquelles les produits des excrétions diarrhéiques

(1) M. Baron pense que, quand la diarrhée est verte, l'intestin grêle est toujours enflammé, et que dans la colite simple la diarrhée n'offre jamais cette couleur. Il attribue à la présence de la bile, à son épanchement, la coloration en vert des matières des déjections. Il ne croit nullement que cette couleur porracée tienne à l'irritation ou à l'inflammation des glandes ou follicules mucipares de l'intestin.

présentent des modifications, soit dans leurs qualités chimiques, soit dans leurs qualités physiques, soit même seulement dans leur quantité plus ou moins grande, échappent absolument.

Quant aux lieux d'élection de la phlegmasie dans l'intestin, il résulterait des faits dont nous présentons l'analyse, que c'est la fin de l'iléon qu'elle semble affectionner dans l'intestin grêle; que, dans le gros intestin, son choix semble se porter d'abord sur le cœcum, puis sur l'*S* du colon, puis enfin sur le rectum (1).

Au nombre des lésions organiques relatives aux affections que nous venons d'examiner, nous citerons un cas d'ulcération de l'estomac, quatre de l'intestin grêle, deux du gros intestin, trois de l'estomac et de l'intestin grêle, un de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin; trois cas de ramollissements partiels de l'estomac, dont un avec perforation; un cas de ramollissement partiel du gros intestin.

Dans dix-sept cas, il existait des traces de phlegmasie vers divers points du tube digestif, et les follicules intestinaux étaient évidemment enflammés ou simplement hypertrophiés. La coïncidence des phénomènes fonctionnels morbides et des altérations organiques qui constituent les dothinentéries à été observée dans environ le tiers des cas.

Dans à peu près pareil nombre de faits, les traces cadavériques seules auraient pu trahir ces affections, dont les symptômes ordinaires de l'entérite avaient été les seules manifestations pendant la vie. Enfin, dans le dernier tiers, les seuls points de contact que les phlegmasies gastro-intestinales présentaient avec les fièvres typhoïdes étaient les lésions des glandes du mésentère. Dans ces faits donc, l'entéro-mésentérite simple ne donnna pas lieu aux symptômes de la fièvre *grave*.

(1) Selon M. Baron, les inflammations de l'estomac sont plus rares, chez les enfants, que celles des intestins en général; celles de l'intestin grêle plus fréquentes que celles du gros intestin; mais le plus souvent, chez eux, ces diverses phlegmasies se combinent entre elles.

Les symptômes même de la dothinentérie, tels qu'on les a décrits minutieusement, ne se présentèrent pas toujours comme l'expression physiologique morbide de l'altération phlegmasique des follicules isolés ou agminés de la fin de l'intestin grêle, de l'entéro-mésentérite pustuleuse.

Billard, avons nous dit, a reconnu que, chez les jeunes enfants, l'inflammation de l'appareil folliculeux digestif ne donnait pas lieu, ainsi qu'il en est chez les adultes, à des symptômes *fort analogues* à ceux qu'on avait assignés aux fièvres putrides et adynamiques, mais à ceux qui forment le cortége ordinaire de l'entérite; il en est parfois aussi de même chez ceux plus âgés et (nous le répétons) chez eux les phénomènes de participation du cerveau peuvent également surgir avec une telle énergie, qu'ils masquent l'affection intestinale.

CENT SEPTIÈME OBSERVATION.

Age, trois ans. — Assoupissement comateux. — Sensibilité et motilité intègres. — Perte de connaissance. — Grincements de dents. — Changements brusques de coloration de la face. — Respiration inégale. — Un peu de toux. — Faible injection du cerveau. — Rien autre chose de remarquable du côté de la tête. — Dothinentérie.

Vandermulh (Augustin), âgé de trois ans, fut déposé le 30 novembre à l'hôpital des Enfants; il y mourut le lendemain de son entrée. Voici ce que l'on put observer durant le court séjour qu'il fit à l'hôpital : assoupissement interrompu par des criailleries; perte de connaissance; sensibilité et motilité intègres; pupilles naturellement dilatées; grincements de dents, changements brusques de coloration de la face; respiration inégale; constipation; un peu de toux.

Autops. cad. Tête : Suffusion sanguine sur les faces latérales des hémisphères cérébraux; vaisseaux superficiels de la convexité assez injectés. La substance blanche était légèrement sablée; mais nul épanchement n'existait dans les ventricules du cerveau; les parties moyennes étaient fermes, et rien de remarquable ne se trouvait à la base.

Thorax : Quelques bronches gauches et la trachée étaient colorées en rouge; les ganglions bronchiques étaient développés et rouges; il existait de l'engouement vers le bord postérieur du poumon droit, et une portion de son lobe inférieur était hépatisée.

Abdomen : Sous le rapport de sa consistance et de sa coloration, la membrane muqueuse de l'estomac ne présentait rien de particulier ; les ganglions mésentériques étaient généralement rouges et développés. Rien de remarquable non plus ne se voyait dans le duodénum et le jéjunum ; mais, vers la dernière moitié de l'iléon, les plaques de Peyer, boursouflées et comme fongueuses, se présentaient sous l'aspect des bourgeons charnus d'une plaie ; ces plaques formaient des reliefs à la surface de la membrane muqueuse, qui se trouvait, en outre, parsemée de follicules rouges, développés et à centres déprimés; un réseau capillaire très-finement injecté entourait ces derniers, tandis que les intervalles entre les plaques n'offraient nulle trace d'injection. Les plaques dont il a été question étaient au nombre de trente et abondaient surtout vers les deux dernires pieds de l'intestin iléon ; la valvule iléo-cœcale présentait aussi des traces de phlegmasie pustuleuse. Quelques taches brunes se remarquaient encore à la surface du cœcum et du colon; mais elles étaient peu nombreuses.

CENT HUITIÈME OBSERVATION.

Age, dix ans. — Maux de tête, nausées, vomissements, agitation, insomnie, délire. — Pouls fréquent. — Réponses lentes. — Pupilles contractées ou naturellement dilatées. — Sensibilité de la peau exaltée. — Épigastre sensible. — Respiration inégale. — Soupirs. — Stomatite couenneuse. — Nulle trace de phlegmasie dans le cerveau. — Pas d'épanchement dans les ventricules. — Dothinentérie.

Vanier (Madeleine), âgée de dix ans, fut apportée le 19 février à l'hôpital des Enfants. Depuis douze jours elle éprouvait des maux de tête, des nausées, des vomissements. Peu de temps après l'apparition de ces prodromes on lui avait fait prendre de l'ipécacuanha, et dès lors s'était manifesté

de la douleur au ventre et de la diarrhée. Le jour, cette petite malade était assoupie, ne répondait pas ; le soir, elle était agitée ; elle passait la nuit dans l'insomnie et le délire. Le 20, pouls, cent quatre pulsations par minute ; chaleur de la peau naturelle ; assoupissement, réponses lentes, incertaines ; pupilles contractiles et naturellement dilatées ; sensibilité de la peau exaltée ; épigastre plus sensible encore que les autres régions du corps ; pas de céphalalgie. Même état les jours suivants jusqu'au 23 ; ce jour, pouls fréquent ; figure exprimant la douleur (sillon géno-labial prononcé) ; céphalalgie sus-orbitaire ; la bouche est légèrement déviée à gauche ; respiration inégale ; soupirs fréquents ; demi-somnolence ; réponses toujours tardives ; pas de douleur au ventre ; mauvaise humeur ; susceptibilité ou sensibilité telle qu'on ne peut toucher la malade sans la faire crier ; salivation ; de temps à autre, une selle. Le 25, pouls cent vingt-huit pulsations ; elle éprouve, la nuit, de l'agitation, du délire ; inflammation couenneuse des gencives. Le 1er mars, renversement de la tête en arrière ; rigidité cervicale. Mort le 3 mars.

Autopsie. Tête : L'arachnoïde de la convexité était humide, la substance cérébrale n'offrait ni consistance, ni coloration insolite ; à peine existait-il quelques gouttelettes de sérosité transparente dans les ventricules du cerveau. Les parties centrales étaient fermes, intactes ; il n'existait rien à la base.

Abdomen : Le fond de la muqueuse stomacale était d'un gris pâle ; çà et là se trouvaient quelques points piquetés de rouge et quelques plaques brunes autour desquelles la consistance de la membrane semblait un peu diminuée. La membrane muqueuse du tiers supérieur de l'intestin grêle était généralement pâle ; vers le tiers moyen de la surface interne de ce tube, un grand nombre de follicules isolés étaient rouges et tuméfiés ; vers la fin de l'iléon et dans le cœcum se remarquaient de nombreuses plaques de Peyer rouges et boursouflées ; de semblables plaques, accompagnées d'une injection légère, se montraient encore à l'origine du colon ; mais toute trace de phlegmasie cessait un peu plus loin, et la membrane muqueuse du reste du

colon n'offrait de remarquable que sa pâleur. Nulle lésion appréciable dans les autres organes.

CENT NEUVIÈME OBSERVATION.

Fièvre typhoïde.—Symptômes ataxo-adynamiques; pleuropneumonie droite.

Amade (Jean), âgé de quatre ans, apporté à l'hôpital des Enfants le 25 février 1833, dans l'état suivant : Face rouge, animée; injection des conjonctives; céphalalgie gravative; œil brillant, pupilles contractées, parole brève; la langue est effilée, rouge à la pointe et sur les bords, collante et agitée d'un mouvement continuel, lorsque le malade veut la tirer hors de la bouche; rougeur et tuméfaction des amygdales et de la luette, gêne de la déglutition; soif vive, anorexie, endolorissement du ventre, léger météorisme, constipation. La peau du thorax, du ventre et des membres supérieurs offre une éruption qui présente une analogie complète avec la rougeole boutonneuse; la peau est chaude et sèche; pouls, cent vingt pulsations par minute; toux fréquente, dyspnée, quarante-huit inspirations par minute; endolorissement de tout le côté droit du thorax, expansion pulmonaire faible du même côté, et son obscur; rien à gauche. Le 27, le malade a été très-agité pendant la nuit. Pouls petit, cent trente pulsations par minute; soubresauts des tendons. Le 28, enduit grisâtre de la langue, des dents et des gencives; lèvres sèches, fendillées, yeux hagards, délire. Les taches du ventre se sont transformées en vésicules. Pouls, cent vingt, respiration à cinquante-deux; soubresauts des tendons, ventre indolent, selles quotidiennes, râle crépitant à droite. Le 1er mars, enduit fuligineux des dents et des lèvres qui sont saignantes, épistaxis peu abondant, délire, toux, dyspnée, râle sibilant et crépitant à droite. Le 2, nuit très-agitée, cris continuels, insomnie, décomposition des traits, teinte livide de la face, diarrhée abondante. Pouls, cent trente-deux, irrégulier; respiration à 60; son mat et souffle bronchique vers la fosse sus-épineuse,

râle crépitant en bas. Le 3, délire violent, respiration anxieuse, pouls petit, filiforme, cent quarante-quatre pulsations, pupilles contractées, yeux brillants, enduit fuligineux de la bouche, deux selles liquides noirâtres; les taches des membres ont une teinte livide. Le 4 et le 5, alternatives d'excitation et de collapsus, face plombée, délire, cris aigus par intervalles, pouls petit et irrégulier. Mouvements carphologiques des mains, respiration stertoreuse par moments. Mort dans la soirée du 5.

Ouverture vingt-quatre heures après la mort. Les vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveaau sont fortement injectés. L'arachnoïde de la convexité est moins transparente que celle de la base; cependant elle n'est ni adhérente, ni recouverte d'exsudations. La substance grise est peut-être un peu plus rosée. D'ailleurs, rien autre chose d'appréciable, si ce n'est une once environ de sérosité transparente dans les ventricules latéraux.

Thorax : Muqueuse des bronches rouge; ganglions interbronchiques tuberculeux; hépatisation rouge de la presque totalité des trois lobes pulmonaires droits; adhérences pleurales; pas d'épanchement; poumon gauche sain.

Abdomen : Ganglions mésentériques rouges, volumineux et mollasses. La muqueuse gastrique est amincie et dépouillée de ses villosités dans des points ulcérés qui sont nombreux et peu étendus. La muqueuse de l'intestin grêle est saine, sauf une coloration rosée des valvules jusque vers le milieu du jéjunum. A partir de ce point jusqu'au cœcum, il existe soixante-deux plaques elliptiques, saillantes; les unes pâles, les autres rouges, celles-ci ardoisées. Trois d'entre elles sont ulcérées. La muqueuse du cœcum est rouge; celle du reste du gros intestin n'offre rien de particulier.

Quand les phlegmasies gastro-intestinales, même celles dans lesquelles les follicules se trouvent épargnées, se compliquent de méningo-encéphalites de quelque intensité, en général les symptômes du côté de la tête ne tardent pas à primer : la diarrhée n'a pas lieu, ou elle cesse, si elle existait, pour ne repa-

raître qu'au déclin de l'affection cérébrale. Enfin il est à remarquer que les gastro-entérites ordinaires, avec symptômes d'irritation encéphalique, offrent souvent, chez les enfants, beaucoup de ressemblance avec les dothinentéries (1).

Dix-sept fois, dans nos cinquante-sept observations, se sont manifestés des symptômes cérébraux : c'est presque dans le tiers des cas. La réaction, vers le cerveau, des phlegmasies gastro-intestinales et incontestablement plus fréquente dans l'enfance qu'à tous les autres âges; tellé est aussi l'opinion de Broussais. « Tous les médecins capables de bien observer savent que l'irritation de l'encéphale, consécutive à la gastro-entérite, est extrême dans le jeune âge, et produit une congestion cérébrale qui paraît être le symptôme prédominant; ce qui est beaucoup plus rare chez les adultes (2). » Cette fréquence, chez les enfants, de la propagation vers la tête de l'irritation abdominale et la prédominence que ne tardent pas à acquérir les symptômes cérébraux ont été aussi appréciées dans l'ouvrage cité de M. Sablairoles.

Les phénomènes de participation du système circulatoire, dans les phlegmasies gastro-intestinales, seraient rares chez les très-jeunes enfants, d'après les relevés de Billard (3); mais il n'en serait point ainsi à l'égard des enfants d'un âge plus avancé : dans les deux tiers des faits que nous avons mentionnés, la réaction fébrile, en effet, s'est constamment associée chez eux aux lésions gastro-intestinales. Le ventre était sensible et ballonné dans neuf cas; il était s'implement douloureux à la pression dans quatorze. La sensibilité abdominale était donc, en général, augmentée dans environ la moitié des cas. Mais nos remarques ne tendent nullement à confirmer cette proposition : *Que le développement rapide et considérable du ventre*,

(1) Ce que disent MM. Rilliet et Barthez (*Journal des connais. méd. chirur.*, avril 1841) tend à confirmer de nouveau cette dernière proposition qui se trouvait dans notre édition de 1837.

(2) *Examen des doctrines médicales*, t. 4, pag. 427.

(3) Opinion que ne partage pas M. Baron.

joint aux vomissements et à la diarrhée, appartient à l'entérite; tandis que dans la colite le dévoiement seul existerait sans ballonnement.

Le ventre était ballonné et douloureux dans un cas de gastrite, dans six cas de gastro-entéro-colite, dans un cas d'entérite, et dans un d'entéro-colite (1). Sa sensibilité était seulement exaltée dans un cas de gastrite, dans un de gastro-entérite, dans quatre de gastro-entéro-colite, dans six d'entéro-colite, dans un cas de gastro-colite, puis enfin dans un cas où nulle lésion organique appréciable ne fut trouvée après la mort.

La diarrhée est évidemment le symptôme le plus commun dans les affections des voies digestives chez les enfants : elle existait seule chez les deux tiers des sujets soumis à notre observation; elle s'unissait au vomissement chez dix individus : en tout elle s'est manifestée quarante-sept fois.

Les vomissements se sont rencontrés dans une proportion moins élevée et dans des conditions pathologiques moins constantes. Dans trente-et-une observations, où l'inflammation de l'estomac existait quatre fois isolément, ou réunie à celle de l'intestin vingt-sept fois ; trois fois ces symptômes se sont déclarés isolément; dix fois ils se sont joints à la diarrhée. Il n'y eut donc, en effet, que treize cas de vomissements.

Ce qui semblerait prouver que les vomissements n'ont pas toujours nécessairement lieu dans la gastrite, et qu'ils sont encore moins, en ce sens, pathognomoniques chez les enfants dans l'association de cette phlegmasie avec celle du petit ou du gros intestin (2). M. Andral dit (3), qu'aucun rapport ne saurait être établi entre l'existence des nausées ou des vomissements, et un état déterminé de l'estomac, appréciable sur le cadavre.

(1) Le ballonnement du ventre se rencontrerait donc surtout dans les phlegmasies étendues.

(2) Suivant M. Baron, les vomissements ont souvent lieu, chez les jeunes enfants, dans la gastrite; mais ils se présentent aussi quand l'intestin seul est phlogosé.

(3) *Clinique médicale*, pag. 541.

Cette assertion est peut-être généralement trop absolue, et en ce qui concerne les enfants, on pourrait la trouver inexacte, au moins dans la moitié des circonstances. Il est vrai que ces symptômes seraient peu significatifs dans la grande majorité des cas, s'ils fixaient seuls l'attention, et étaient considérés abstraction faite de tous les autres phénomènes concomitants. Mais il ne peut en être ainsi, et toutes les autres coïncidences doivent être scrupuleusement scrutées et recueillies. Chez les adultes même, certains rapports peuvent indubitablement aussi être établis, nous ne disons pas toujours, mais dans certains cas, entre l'existence des nausées ou des vomissements, et un état déterminé de l'estomac, appréciable sur le cadavre. Ainsi, dans le cancer stomacal, par exemple, il faut tenir compte du caractère particulier des douleurs, de la tumeur épigastrique, que l'on rencontre assez fréquemment, de la teinte safranée des téguments, de cette diathèse spéciale, si bien signalée, des matières noires rendues par la bouche, etc., et on reconnaît souvent alors que les vomissements se lient à une altération organique connue, et que l'autopsie rendra palpable. Il en est encore ainsi dans certains cas bien tranchés de gastrite aiguë, dans celle qui résulte de l'ingestion dans l'estomac de substances corrosives; la tension, le soulèvement de l'épigastre, la douleur de cette région, les escarres de la bouche et de la langue, la rougeur de cet organe, les hoquets, et bien d'autres épiphénomènes et renseignements concourront à éclairer le médecin, et feront prévaloir une opinion opposée à celle dont nous avons parlé. Nous ne prétendons pas cependant que l'erreur ne soit possible, et que particulièrement chez les enfants, où les vomissements sont faciles et fréquents, ces phénomènes mêmes, étayés d'autres symptômes, ne soient parfois insuffisants pour assurer la justesse du diagnostic; mais nous pensons qu'il n'en est pas non plus toujours ainsi. La plupart des maladies un peu sérieuses débutent bien, chez eux, par des nausées et des vomissements, et ces accidents sympathiques se continuent quelquefois assez long-temps, ou même persistent (ainsi qu'il en est dans quelques affections

cérébrales) pendant tout le cours de la maladie principale ; mais il est encore cette différence entre les vomissements qui dépen- d'une phlegmasie de l'estomac et ceux qui ne sont que sympatiques, c'est que ceux-ci ont lieu avant ou après l'ingestion des aliments ou des boissons, qu'ils sont moins accompagnés d'efforts et de nausées, de douleur épigastrique, ou plutôt gastrique qu'ils ont lieu, enfin, avec une facilité remarquable.

On pourra juger, d'après le tableau que nous avons précédemment exposé, des rapports qui dans nos observations, se sont présentés entre les symptômes et les lésions organiques ; nous ferons plus particulièrement remarquer qu'il y eut de la diarrhée dans quatre cas d'entérite et dans quatre de colite, qu'il s'en manifesta dans un cas de gastrite, dans trois où les follicules intestinaux étaient seulement développés ou marqués d'un point noir, et pareillement dans quatre où nulle trace de phlegmasie n'existait du côté des voies digestives. C'est donc enfin dans l'entérite et la colite que la diarrhée a été proportionnellement plus fréquente ! Si nous insistons sur ce point, savoir, que nous avons plusieurs fois constaté, chez les enfants, la continuité et l'abondance des déjections alvines dans des circonstances où l'intestin grêle seul était phlogosé, c'est que ces faits ne sont nullement d'accord avec les propositions suivantes qu'ils ne nous permettent pas d'adopter : « La diarrhée (Broussais) est dépendante de l'irritation du gros intestin, et elle n'existe pas d'une manière continue tant que l'inflammation qui vient du haut n'a pas franchi la valvule du cœcum. »

La preuve anatomique de la sur-excitation des follicules mucipares de l'intestin justifie suffisamment, dans les trois observations mentionnées, les symptômes diarrhéiques observés pendant la vie (il sera, d'ailleurs, bientôt plus complètement question des lésions qui se rapportent aux follicules intestinaux); mais quant aux faits avec absence cadavérique complète ou apparente de lésion intestinale, l'espèce de contradiction qu'ils impliquent, ou dans laquelle ils semblent se

trouver vis-à-vis des autres, exige quelques développements, quelques explications.

L'observation de la vie, dit Broussais, vient avant l'anatomie pathologique, se passe d'elle, et supplée, dans tous les cas, à ce qu'elle ne peut donner.

L'observation et l'analyse physiologique des fonctions, en l'absence même des changements appréciables survenus dans les principes médiats des organes, permettent, en effet, de donner une explication satisfaisante de certains troubles fonctionnels, sans qu'il soit besoin, pour les justifier, d'avoir recours à des entités morbides, sans qu'il soit besoin d'admettre des lésions d'actions *indépendantes* (1), et sans qu'il soit pareillement besoin de recourir à l'intervention directe et essentielle d'un principe général, ainsi que le fait M. le docteur Louis, quand il attribue, purement et simplement, la diarrhée à la faiblesse. M. Louis admet, en effet, à l'instar de l'école de Brown, un relâchement, un défaut de vitalité proportionné à la faiblesse générale, et qui ne permet pas au colon de supporter le poids des excréments.

Broussais, en réfutant cette théorie, observe que, lorsque le colon manque de vitalité, il garde les matières au lieu de les expulser, comme on le voit dans toutes les paralysies provenant des affections de la moelle épinière, et observe que si M. Louis eût voulu dire que la faiblesse puisse être cause de la diarrhée, en ce sens qu'elle occasionait de mauvaises digestions, lorsque l'estomac est débile ou les aliments difficiles à assimiler, il aurait eu raison; car, mal élaborés, les résidus de la digestion irritent le colon qui se hâte de les expulser; encore eût-il fallu ajouter que cette stimulation conduit, si elle per-

(1) Comme a cru devoir le faire M. Andral (*Clinique médicale*), provisoirement, ainsi qu'il le dit, afin de comprendre tous les faits qui sont du ressort de la pathologie, et en attendant que l'altération de l'organe dérangé dans ses fonctions, devienne appréciable à l'aide de moyens d'investigation plus parfaits.

siste, la muqueuse de cet intestin à l'état inflammatoire, qui est alors consécutif à la débilité de l'estomac (1)

La diarrhée peut dépendre non d'une irritation portée jusqu'à la phlegmasie des exhalants de la surface interne intestinale, mais d'un état d'orgasme des vaisseaux et des glandes qui versent le produit de leur sécrétion dans le canal digestif, et sans incliner vers l'humorisme, on peut dire alors que l'altération fonctionnelle dépasse de beaucoup l'altération morbide des tissus, mais néanmoins sans constituer à elle seule tout l'état morbide. Si cependant ce trouble fonctionnel continue et persiste au-delà d'un certain temps, par le seul fait de sa persistanse et du contact irritant, sans cesse renouvelé des fluides modifiés, s'en suivra l'inflammation de la muqueuse digestive.

La surexcitation des sécrétoires occasione le flux diarrhéique sans endolorissement du ventre; la sur-excitation de la trame nerveuse intestinale a pour résultats l'exaltation de la sensibilité, les douleurs, les coliques, sans diarrhée...; c'est l'entéralgie. Ces phénomènes n'ont souvent lieu que d'une manière prodromique, ne font que précéder une irritation moins exclusive, plus localement générale (si je puis m'exprimer ainsi), ne font souvent que devancer le développement d'un état phlegmasique, dont ils ne formaient que des degrés ou des conditions incomplètes.

Que l'on traite de spéculatives les idées de distinctions de siége de l'irritation au sein d'organes complexes, qu'on les traite comme telles, parce que le scalpel ne peut suivre ces analyses moléculaires, nous n'en serons pas moins du nombre de ceux qui les regardent comme très-philosophiques, et comme pouvant fournir à la pathologie plusieurs solutions satisfaisantes.

La sur-excitation des sécrétoires, conduisant à leur irritation, et se limitant néanmoins à eux seuls, est une donnée pathogénique qui peut difficilement être rejetée, même par

(1) *Examen des doctrines*, Paris, 1834, t. 4, pag. 450. — Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édition, Paris, 1841, t. 1, p. 430.

des esprits sévères : elle repose sur la connaissance des tissus élémentaires; et si l'existence des vaisseaux exhalants n'a pu être encore anatomiquement bien prouvée, la physiologie nous démontre leur existence; leur action nous est connue, et l'on peut, sans humilité, les admettre après Bichat.

En s'en tenant en médecine, comme en toute autre science physique, à ce qui peut être saisi par les sens, en comparant les fins et les moyens, on conçoit peu la possibilité de quelques progrès. D'ailleurs, l'expérience du passé est là pour prouver que, bien loin d'être nul, le rôle de l'induction, s'aidant, autant que possible, de l'observation; mais cherchant à y suppléer au besoin, a été plus d'une fois de nous conduire aux résultats les plus précieux. Ce n'est pas une distinction arbitraire que d'admettre l'action isolée et suractivée des sécrétoires, car leur composition organique est complète, et ils forment des organes au sein d'organes. On a ici l'assentiment de Broussais, qui admet une irritation non sanguine, ou sub-inflammation, avec altération de nutrition et d'exhalation, une irritation congestive des fluides blancs et sécrétoires, sans nécessité d'une hypérémie inflammatoire. Cette surexcitation peut s'épuiser par le fait de leur activité et de l'élimination de leurs produits abondants; mais il ne faut pas oublier non plus, ainsi que le dit M. Gendrin (1), que toute action sécrétoire, augmentée, tend à l'état d'inflammation.

Les recherches sur l'appareil folliculeux intestinal ont mis hors de doute que ces glandes peuvent être altérées indépendamment de la membrane à laquelle elles appartiennent, et l'importance des modifications survenues dans l'état physiologique de ces organes est trop avérée pour qu'il soit besoin de citer, à ce sujet, les travaux de Rœderer et Wagler, ceux de MM. Petit, Serres et Bretonneau.

M. Denis décrit trois formes d'altération des follicules : dans la première (granulations), on voit sur toute l'étendue de la

(1) *Histoire anatomique des inflammations.*

muqueuse, particulièrement dans le duodénum, une foule de points blancs à peine saillants, et qui occupent la partie profonde de la muqueuse. En disséquant à la loupe, on s'aperçoit que ces points dépendent de l'engorgement d'autant de petits follicules. Dans la seconde variété (tubercules), se remarquent des élevures solitaires, disséminées çà et là, et qui résultent de l'engorgement des glandes de Brunner. Dans la troisième, enfin (plaques gaufrées), un ou plusieurs amas de follicules, situés à la convexité de l'intestin, se trouvant engorgés, font saillie et apparaissent sous une configuration oblongue et rugueuse. A un degré plus prononcé, chaque petit corps devient plus proéminent, s'environne d'une auréole d'injection bien circonscrite. Au centre de l'auréole, on voit fréquemment un petit point noir déprimé qui est l'orifice du follicule : puis au développement de celui-ci se joint l'injection vive de la muqueuse. En dernier lieu, le centre des follicules s'affaisse, jaunit, et semble devenir le siége d'une ulcération.

Billard, bien que ne considérant pas, comme le résultat d'une inflammation *franche*, le développement morbide des follicules mucipares, ne manque pas d'attribuer à un état insolite d'excitabilité leur accroissement de volume et d'action, et explique même la fréquence des dévoiements qui surviennent à l'époque de la dentition, chez les enfants, par la coïncidence simultanée du développement organique de l'appareil folliculeux des intestins.

Il résulte, particulièrement des recherches de Broussais et de M. Andral, que les colorations brunes et livides ne sont que des conséquences des colorations rouges, et appartiennent aux lésions phlegmasiques. Ainsi, la tuméfaction des follicules intestinaux est un indice de leur sur-excitation ; leur tuméfaction avec rougeur, avec coloration noire, avec ulcération est une preuve de leur inflammation. Les opinions de plusieurs auteurs que nous avons cités tendent, d'ailleurs, à prouver qu'il existe un rapport direct entre le développement de ces organes et l'augmentation de leur sécrétion.

De tout ce qui précède, nous conclurons que toute modifi-

cation survenue dans les caractères physiques de l'appareil folliculeux intestinal est, dans l'état actuel de la science, une justification anatomique suffisante du phénomène de la diarrhée, sans pourtant que cette dernière soit exclusivement liée à ces modifications organiques.

Le développement des follicules isolés est quelquefois général, mais probablement par suite du léger degré d'irritation dont ils sont alors le siége (ce qui semble résulter de la dissémination de celle-ci), les troubles fonctionnels sont généralement peu intenses, et la diarrhée même presque toujours médiocre en quantité ou en fréquence. Le développement partiel des follicules intestinaux peut s'accompagner aussi de l'inflammation de la membrane muqueuse ambiante. Les inflammations partielles des follicules isolés de la portion supérieure du tube digestif ne donnent guère lieu qu'aux symptômes ordinaires des phlegmasies subaiguës ou chroniques de ces organes ou portions d'organes. Les inflammations des follicules isolés de la fin de l'intestin grêle et du commencement du gros intestin s'associent, le plus souvent, à celles des follicules agminés, et constituent les entérites avec formes typhoïdes. Le développement phlegmasique des follicules isolés des intestins colon et rectum occasione souvent des diarrhées muqueuses, glaireuses, blanchâtres ou porracées. C'est à l'irritation des follicules isolés que M. Guersant attribuait spécialement, dans ses cours de clinique, les déjections vertes : ce que l'observation n'a pas confirmé pour nous.

Ce n'est donc que dans les circonstances les plus rares, très-rares, que quelques lésions ou modifications organiques appréciables manquentde se porter justiciables, après la mort, des symptômes diarrhéïques observés pendant la vie, pour peu que ces derniers aient offert quelque intensité et quelque persistance. Ce n'est que dans quatre observations seulement et sur quarante-sept, que l'investigation cadavérique est restée, sous ce rapport sans résultat. (Voir le tableau précédent.) Mais remarquons que dans ces quatre faits il existait des foyers énergiques d'inflammation du côté des poumons et des plèvres. Rien

d'étonnant, dès lors, que les dévoiements survenus dans les derniers temps des maladies principales, et qui peuvent d'ailleurs se rattacher seulement à l'irritation des sécrétoires ou à la phlogose érythémateuse de quelques points de la muqueuse intestinale; rien d'étonnant, disons-nous, qu'en pareille circonstance des déjections diarrhéïques se soient trouvées sans coïncidence d'empreintes appréciables sur le cadavre; car l'inflammation allumée vers les organes pulmonaires est un véritable centre fluxionnaire, qui soustrait partout le sang, qui l'appelle à lui de toute hypérémie, de toute stase qui tend à se former, et le retrait général de ce dernier, qui s'opère, en outre, au terme de la vie, peut achever d'emporter et d'effacer les traces congestives légères disséminées ou rassemblées sur un ou plusieurs points de la surface intestinale.

Les annexes des organes digestifs fourniraient fréquemment, à défaut de ceux-ci, des preuves de la phlegmasie du tube intestinal, si l'on admet les propositions suivantes, sur la validité desquelles nous nous déclarons encore insuffisamment éclairés : « Un foie jaune, bigarré ou marbré, est toujours lié à l'existence d'une duodénite ou d'une inflammation du jéjunum. Le volume exagéré des glandes du mésentère est également la preuve d'une phlegmasie de l'intestin grêle (1).

Mais nous acceptons, quant à présent, en quelque sorte, comme une justification anatomo-pathologique du phénomène de la diarrhée, toute trace irritative ou phlegmasique qui s'offre dans quelque point de la continuité du tube gastro-intestinal (2); et nous sommes en cela d'accord avec les faits dont nous avons présenté l'analyse. Nous avons, en effet, observé la diarrhée avec coïncidence de gastrite, de gastro-entérite, de gastro-entéro-colite, avec la gastro-colite, l'entéro-colite, avec l'entérite, et la colite; enfin nous l'avons aussi observée

(1) *Examen des doctrines*, t. 4, pag. 86.

(2) M. Baron admet aussi que toutes les parties du canal intestinal peuvent être le siége de la diarrhée; mais il pense que celle-ci est plus fréquente dans la colite.

coïncidant avec le simple développement de l'appareil folliculeux intestinal.

Suivant Broussais, l'entérite a lieu presque toujours sans douleur circonscrite, sans coliques et avec constipation, tandis que les coliques, la fréquence des déjections et le ténesme sont les signes de l'inflammation du gros intestin (1). Mais cet auteur semble n'avoir voulu exprimer, néanmoins, qu'un plus grand rapport de fréquence entre la diarrhée et la colite, et nullement avoir prétendu que ce symptôme ne se manifestait point dans l'entérite et la gastro-entérite. Il dit, en effet, un peu plus loin, que l'anorexie, les nausées, les vomissements, les douleurs épigastriques, la rougeur et la sécheresse de la langue appartiennent à la gastrite; que le météorisme et la diarrhée correspondent à l'affection des intestins; que, quand l'irritation existe dans l'iléum, il y a des coliques sans diarrhée ou avec diarrhée, qui est peu abondante tant que l'inflammation n'a pas penétré dans le gros intestin; enfin, que, dans l'entérite chronique, la diarrhée est sans tenesme, sans efforts violents, sans douleur dans le trajet.

En consultant le tableau des faits que nous avons analysés, on a pu remarquer que la diarrhée a été observée dans un cas de gastrite. Mais il faut dire aussi que le malade qui fait le sujet de cette observation avait présenté, dès le principe, tous les signes d'une phlegmasie gastro-intestinale; que, sous l'influence révulsive d'une pleurésie double qui survint plus tard et devint la maladie principale, les symptômes du côté du ventre s'amendèrent considérablement de telle sorte, qu'il ne restait que très-peu de diarrhée vers le dernier terme. Il paraît donc évident qu'il avait existé, dans ce cas, une inflammation intestinale, et que la non-existence de ses traces, après la mort, s'explique par l'amélioration survenue, dans les derniers temps, du côté du ventre, et par l'effet de la résolution de la phelgmasie, qui aurait commencé par s'opérer d'abord de bas en

(1) *Examen des doctrines*, t. 1, pag. XXXI, propositions 133, 134 et suivantes.—Forget, *Traité de l'entérite folliculeuse*, Paris, 1841, in-8.

haut et avant d'atteindre l'estomac. Quoique l'état de constipation soit plus habituel dans la gastrite, cependant la souffrance du ventricule peut occasioner des dérangements fonctionnels dans le reste de l'appareil digestif; mais les dévoiements qui en proviennent ne sont alors que passagers, peu continus, et tendent promptement à se railler à une phlegmasie véritable de la muqueuse intestinale, qui a trop de tendance à s'établir, pour ne pas saisir, en quelque sorte, le prétexte du passage un peu prolongé de matières muqueuses ou alibiles indigérées ou mal élaborées. Cette opinion que toutes les parties du canal intestinal peuvent être le siége de la diarrhée est, du reste, le plus généralement admise. M. Chomel pense que l'opinion contraire est en opposition à la fois avec les observations cliniques et avec les résultats de l'ouverture des cadavres (1). C'est à l'irritation de la membrane intestinale et à l'entérite que Pinel lui-même rapporte la diarrhée.

M. Andral, en traitant du rapport des lésions gastro-intestinales avec les symptômes, s'exprime ainsi : « On a dit que la diarrhée était l'indice de l'irritation du gros intestin; on l'a donnée comme l'indice de la colite, et l'on a prétendu que, tant que l'irritation était bornée à l'intestin grêle, il y avait, au contraire, constipation. Nos observations ne sont nullement en rapport avec ces idées; nous avons trouvé sur beaucoup de cadavres le gros intestin parfaitement sain dans toute son étendue, bien que, pendant la vie et jusqu'à l'instant de la mort, une abondante diarrhée eût existé; il nous a paru qu'il suffisait, pour qu'il y eût dévoiement, que la fin de l'intestin grêle fût altérée d'une manière quelconque. Ici encore les recherches de M. Louis (2) sont venues confirmer les nôtres. »

M. Andral ajoute qu'il ne pense pas que la nature des selles puisse fournir quelques renseignements sur la nature ou sur la

(1) *Dict. de médecine*, art. DIARRHÉE.

(2) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, t. 1, p. 435.

gravité de l'altération qu'a subie l'intestin. Tel est aussi l'avis que nous avons exprimé.

La douleur abdominale est le plus souvent diffuse dans les phlegmasies gastro-intestinales chez les enfants, ou plutôt il est difficile de faire préciser aux malades les points du ventre dont ils souffrent; car ils se plaignent ou crient presque toujours, quels que soient les endroits que l'on explore. Cette douleur n'est d'ailleurs pas constante; sur cinquante-sept individus atteints d'affection du ventre, nous ne l'avons en effet observée que vingt-trois fois.

Les recherches de Broussais ont, du reste, mis hors de doute le caractère indolent d'un grand nombre de phlegmasies intestinales. Il dit que la douleur locale n'est pas inséparable de l'inflammation même intense... ; que l'entérité a lieu presque toujours sans douleur circonscrite, sans coliques... ; que la gastro-entérite, lorsque l'inflammation ne prédomine pas avec force dans l'estomac et dans le duodénum, existe sans douleur, même à la pression.

M. Andral a vu la douleur abdominale manquer : 1° dans le cas de simple érythême de la membrane muqueuse; 2° dans ceux où de nombreuses plaques exanthémateuses couvraient la surface interne de l'intestin grêle; 3° dans d'autres cas où, au lieu de plaques, l'on n'observait, dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin, qu'un plus ou moins grand nombre de boutons isolés; 4° dans le cas aussi où des ulcérations s'étaient formées, soit dans l'iléum, soit sur l'une ou l'autre face de la valvule iléo-cœcale, soit dans le cœcum, dans le colon et même le rectum. Il a trouvé, enfin, des sujets dont les ulcérations, étendues en profondeur, avaient presque pour fond la seule membrane péritonéale, et cependant il n'y avait pas eu de douleur; les malades avaient encore le libre exercice de leur intelligence et de leur perception pour sentir et accuser le mal. M. Andral pense donc que l'on serait exposé à méconnaître continuellement les entérites les plus intenses, si l'on ne voulait en admettre l'existence que là où l'on trouve de la douleur.

Selon le même auteur, le météorisme réside dans le colon ; mais il ne faut pas l'attribuer à l'inflammation ou à l'ulcération de cet intestin ; car il existe aussi souvent dans les cas où l'on n'y trouve aucune altération appréciable. Il remarque d'ailleurs avec M. Louis, que l'intestin grêle est bien plus souvent enflammé ou ulcéré que le colon, et que cependant il ne s'y produit pas la même quantité de gaz que dans le gros intestin.

Au contraire, un rapport direct entre le météorisme du ventre et les lésions de la membrane muqueuse intestinale, et plus particulièrement de celle de la fin de l'intestin grêle, avait précédemment été établi par Broussais; c'est du moins ce qui semble ressortir de ce passage : « Quand l'irritation commence par le colon, la diarrhée est abondante, dès le début, *sans météorisme*. Quand l'irritation existe d'abord dans l'iléum, plus ou moins près de la valvulve iléo-cœcale, il y a des coliques sans diarrhée ou avec un peu de diarrhée, *du météorisme*, des douleurs profondes, des borborygmes, des mouvements dans le ventre, de la sensibilité à la pression, surtout dans la région iliaque droite, etc. (1). »

Ainsi que nous l'avons dejà fait remarquer, nos observations ne tendraient nullement à confirmer, du moins chez les enfants qui ont passé le premier âge, la particularité du fait du ballonnement constant du ventre dans l'entérite et de l'absence de ce phénomène dans la colite, ou réciproquement.

Une grande importance dans le diagnostic des phlegmasies gastriques et gastro-intestinales a été attribuée à la rougeur et à la sécheresse de la langue; mais l'aspect de cet organe paraît être, chez les enfants, un indice moins certain de l'état des premières voies (2). Les relevés statistiques que nous avons présentés témoignent aussi dans ce sens : cependant cet examen

(1) *Examen des doctrines médicales*, Paris, 1834, t. 4, p. 412.

(2) M. Baron pense aussi que, dans les phlegmasies gastro-intestinales chez les enfants, les différents aspects de la langue ne sont pas toujours significatifs, et qu'ils ne le sont pas au même degré que chez les adultes.

n'est pas toujours sans utilité; il peut surtout, accompagné d'autres signes, éclairer ou affermir le diagnostic, et l'on ne doit pas conclure de son importance secondaire à son inutilité.

M. Andral, bien qu'ayant tracé les propositions suivantes : « 1° Aucun rapport constant ne saurait être établi entre l'état de la langue et celui de l'estomac; 2° chacune des modifications que la langue peut offrir, dans sa couleur et dans ses enduits, ne correspond pas à une modification spéciale de l'estomac; 3° l'estomac peut présenter, après la mort, un état semblable, quelque dissemblable qu'ait été, pendant la vie, l'état de la langue; 4° avec un état naturel de la langue, peut coïncider un état morbide de l'estomac, et avec un état normal de celui-ci peut coïncider un état morbide de la langue; 5° la sécheresse et la couleur noire de la langue n'indiquent pas une affection plus grave de l'estomac que l'annonce toute autre modification de cet organe; 6° il n'y a pas plus de rapport nécessaire entre l'état de l'intestin grêle et de la langue, qu'entre celui de la langue et de l'estomac; 7° quant au gros intestin, on le trouve parfaitement sain avec tous les états possibles de la langue, etc. M. Andral, disons-nous, admet lui-même la nécessité de consulter l'état de cet organe, quand il pose en principe qu'une langue rouge, soit dans toute son étendue, soit par points isolés, soit sur les bords, à sa pointe ou à son centre, contre-indique constamment l'emploi d'autres moyens que celui des antiphlogistiques; qu'une langue large, couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre, sans aucune trace de rougeur pointillée ou autre, contre-indique souvent les émissions sanguines, et peut indiquer, au contraire, l'emploi des vomitifs et des purgatifs (mais il faut noter aussi que, de même que la rougeur de la langue n'est pas nécessairement liée à une irritation gastrique, de même sa blancheur n'exclut pas toujours l'existence de cette irritation); qu'enfin la sécheresse et la noirceur de cet organe sont l'indice d'un troisième état de l'économie dans lequel, soit qu'il y ait ou non gastro-entérite, les débilitants de toute espèce deviennent nuisibles (ce qui ne veut pas dire qu'il faille nécessairement avoir recours à une médica-

tion stimulante); s'abstenir de saigner ce n'est pas donner du quinquina.

Les différents aspects que présente la langue, dans les affections gastro-intestinales, chez les enfants, sont en général les suivants : Elle est rouge, surtout vers la pointe et les bords, tandis que le milieu est blanchâtre; elle est sèche, sale, limoneuse, fuligineuse, racornie, fendillée et comme roussie; revêt plus particulièrement ces dernières formes vers la fin des gastro-entérites et entéro-colites graves, avec altération des glandes mucipares. Mais, nous le répétons, les signes qu'elle fournit ont moins de régularité et de constance chez les enfants que chez les adultes, et sont d'une importance beaucoup plus secondaire quant au diagnostic de ces affections.

Si la réaction fébrile est rare dans les phlegmasies gastro-intestinales, chez les très-jeunes enfants, chez les enfants du premier âge, ainsi que l'expose Billard, on a vu qu'il n'en était pas de même chez ceux plus âgés (1). Suivant nos observations, la fièvre existait trente-huit fois sur cinquante-sept cas; c'était donc chez les deux tiers des malades. Dans ce nombre, il est à remarquer que ces phénomènes de participation du système circulatoire avaient lieu chez vingt-quatre sujets, chez lesquels la gastrite siégeait isolément, ou réunie à l'inflammation des intestins; tandis qu'ils ne s'étaient déclarés que dans douze cas où la phlegmasie paraissait s'être bornée aux instestins, et dans deux où, bien qu'il y eût de la diarrhée pendant la vie, on ne découvrit à l'autopsie, aucune trace de lésion du côté des organes digestifs.

Ces résultats sembleraient donc confirmer, à l'égard des enfants, ce principe émis d'une manière générale par Broussais... : Que, dans les maladies inflammatoires du canal intestinal, la réaction générale est plus commune quand la phlegmasie attaque les régions supérieures, que quand elle se limite aux parties inférieures de cet appareil.

(1) M. Baron n'admet, d'ailleurs, nullement que la fièvre soit rare dans les phlegmasies gastro-intestinales chez les enfants.

Si nous réunissons dans un même tableau, certain nombre d'affections gastro-intestinales, c'est que nous croyons cette disposion qui n'exclut ni l'ordre, ni la précision, ni les distinctions, plus appropriée au mode d'être de divers états morbides concernant des organes entre lesquels il y a continuité ou contiguité de tissus, rapports fonctionnels intimes. nous pensons que de la sorte, par la possibilité d'un examen tout à la fois générale et spécial, sont mieux appréciés les différents degrés de certaines maladies; leurs transformations, les nuances qui les séparent, le passage de l'une à l'autre, etc. Ce qui serait non moins difficile à saisir qu'à présenter dans des descriptions partielles, et ce qui néanmoins n'est pas sans importance, car toutes ces particularités ressortant de l'observation journalière des faits, sont essentiellement cliniques. Il y a d'ailleurs opportunité à procéder ainsi, dans quelques cas et plus spécialement dans la pathologie des enfants ou, en général, les signes sont moins exclusivement caractéristiques, les irradiations sympathiques et directes particulièrement faciles, instantanées, les complications, les transformations, les combinaisons de quelques maladies fréquentes, et les limites qui les séparent moins tranchées. Toutefois nous nous trompions quand nous disions qu'il y avait quelque difficulté à présenter sons forme de monographies particulières les descriptions précises de chaque affection relative à chacune des divisions anatomiques du tube digestif: des cadres tout faits d'avance existent en effet, et rien ne serait aussi aisé que de remplir les cases étiquetées de ces sortes de damiers nosographiques; mais rien non plus ne serait moins exact, car les résultats réels de l'observation clinique se prêtent peu à ces arrangements méthodiques. Est-il, de fait, si facile de différencier au lit des enfants malades la gastrite de la duodénite; celle-ci de l'entérite, et cette dernière de l'inflammation du gros intestin? L'est-il également de reconnaître toutes les combinaisons de ces affections entre elles? De préciser jusqu'où elles s'étendent et où elles s'arrêtent?...... Non véritablement, et nous en appelons sur ce point au témoignage des praticiens. C'est le lieu de placer ici quelques

observations qui témoigneront de nouveau de l'inexactitude ou du manque de précision des symptômes et de la difficulté du diagnostique dans les affections gastro-intestinales chez les enfants. Cette exposition pourra paraître d'autant plus opportune que ces faits nous ont été communiqués, et qu'ils seraient donc au besoin, susceptibles de prouver que nous seuls n'avons pas été témoins de l'obscurité fréquemment très-grande, dans l'enfance, des phénomènes fonctionnels morbides des organes de la digestion.

Nous ferons suivre chacune d'elles de quelques réflexions.

CENT DIXIÈME OBSERVATION.

Diagnostic, pleuro-pneumonie droite, entréo-colite. — A l'autopsie : colite, pleuro-pneumonie droite, tubercules pulmonaires.

Hennequin (Alexandre), âgé de sept ans, entré à l'hôpital des Enfants, le 12 novembre 1825 ; avait eu la variole à trois ou quatre ans, et antérieurement encore une ophthalmie mais jamais de gourme. Cet enfant avait de mauvaises habitudes (adonné à l'onanisme), et depuis lors il s'était affaibli, était languissant, s'enrhumait et avait de la diarrhée de temps à autre. Avait conservé de l'appétit; mais depuis six semaines l'état général avait encore empiré par suite de la masturbation à laquelle se livrait de plus en plus ce petit malheureux, malgré qu'on lui attachât les mains pend antla nuit : l'appétit se perdit enfin, il existait de la toux, du dévoiement, et depuis six jours les selles étaient sanguinolentes, et il y avait eu quelques épistaxis. Le 13, jour de la visite du médecin : pouls fréquent, peau chaude; ventre douloureux, *surtout à la région iléo-cœcale ;* langue blanche, humide; toux grasse, fréquente; pas d'expansion pulmonaire en arrière à droite et matité à la percussion; la respiration s'entendait partout à gauche. Le 14, beaucoup de diarrhée, ventre douloureux, pouls fréquent, etc., ces symptômes avec quelques alternatives de mieux et de moins bien, persistèrent jusque dans les premiers jours de dé-

cembre; vers cette époque, l'état général empira encore, la faiblesse fit de grands progrès, la figure était sillonnée de rides, le pouls était presque insensible, et le malade succomba le 7.

Autops. cad. La membrane muqueuse des voies aériennes parut saine; les poumons renfermaient plusieurs tubercules miliaires; il y avait quelques adhérences pleurales a droite, et le lobe inférieur de ce côté était en partie hépatisé. Les ganglions interbronchiques étaient tuberculeux. Il existait quelques adhérences du péricarde avec le cœur, qui du reste n'offrait rien d'autre de particulier.

L'estomac était fort distendu par des gaz, la membrane muqueuse était légèrement rosée; l'intestin grêle ne parut nullement affecté; le gros intestin était presque uniformément coloré par une rougeur d'autant plus foncée que l'on s'approchait davantage du rectum. Foie, rate; appareil urinaire sains,

Le cerveau n'a pas été examiné. Dans ce fait, les selles sanglantes qui avaient eu lieu appartenaient à la dysentrie, mais il n'y avait pas eu de ténesme; d'autre part la douleur à la pression existait surtout vers la région iléo-cœcale, et c'était du côté opposé vers l'S du colon et le rectum, que les traces de phlegmasie étaient le plus marquées; la langue était blanche et humide; il n'y avait pas eu de sensibilité vers la région épigastrique et cependant la tympanite de l'estomac, la teinte rosée de sa membrane muqueuse pourraient laisser croire que quelque irritation avait existé de ce côté.

CENT ONZIÈME OBSERVATION

Diagnostic, entéro-colite. — A l'autopsie : colite, injections et ulcérations dans le colon.

Louis Victor (Henri), âgé de quatorze ans, entré le 13 avril 1825, à l'hôpital des Enfants, était sorti de l'hôpital à la fin de mars, à peine convalescent d'une entéro-colite. Il avait pris des alimens au dehors et la diarrhée lui était revenue. Le 13 avril, le ventre était très-douloureux, et le dévoiement consi-

dérable. Le 14, jour de la visite, langue rouge; *bas-ventre douloureux vers le cœcum et le colon descendant*; dévoiement presque continuel de matières jaunâtre et séreuses. Toux rare; expansion pulmonaire, faible en arrière des deux côtés et surtout à droite; en avant la respiration s'entend bien. Le 15, diarrhée abondante, chaleur naturelle, pas de fièvre, pouls faible. Le 17, pouls misérable et assez fréquent, langue sèche; douleur vers la région iléo-cœcale; diarrhée toujours très-grande.

Mêmes symptômes et affaiblissement progressif jusqu'au 21, époque de la mort.

Autops. cad. Voies aériennes: muqueuse un peu rosée; ganglions inter-bronchiques non développés, noirâtres. Adhérences pleurales anciennes à gauche. Poumon gauche et droit: lobes supérieurs sains; lobes inférieurs un peu engoués; adhérences anciennes celluleuses du péricarde avec le cœur, dans toute son étendue; cœur molasse, vide de sang, pâle. Épaisseur comparative du ventricule droit au gauche, :: 4 : 1.

Abdomen. Estomac sain; ganglions mésentériques à l'état normal. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était sans rougeurs et paraissait saine; l'appendice cœcal très-petit, les feuillets du péritoine qui le retiennent étaient épaissis et contenaient un peu de pus de bonne nature. Membrane muqueuse du colon descendant et du rectum épaissie et d'un rouge brun, quelques petites ulcérations à fond rouge et aux dépens de certaines parties de la membrane muqueuse qui se trouvaient détruites, existaient çà et là depuis le colon descendant, jusqu'à l'extrémité du rectum. Foie, rate, reins, vessie, à l'état sain.

Chez cet enfant la rougeur de la langue, sa sécheresse, la douleur existant vers la région inférieure et iléo-cœcale du ventre, la diarrhée... auraient dû faire croire à une gastro-entéro-colite, et il n'existait qu'une inflammation très-vive du gros intestin; c'était particulièrement à droite aussi qu'avait siégé la douleur, et c'était plus spécialement à gauche que se trouvaient les lésions. L'absence de la fièvre pendant presque tout le

cours d'une phlegmasie intestinale étendue et intense est aussi chose peu commune chez les sujets de cet âge, plus du moins que chez les très-jeunes enfants. Quant aux traces de suppuration trouvées dans le voisinage de l'appendice cœcale, tout en rappelant que les fonctions et par conséquent que les dérangements fonctionnels, les symptômes de ces organes affectés, sont au moins très-obscurs, nous établirons un certain rapprochement entre ce cas et ceux à un degré plus avancé rapportés par quelques médecins. Villermay a publié en effet deux observations et M. Melier quatre, de perforations de l'appendice cœcale, toutes terminés par la mort : on trouve encore un exemple analogue relaté par M. Guersant fils, dans la *Gazette des hôpitaux* du 21 mai 1839; il était également survenu une péritonite mortelle.

CENT DOUZIÈME OBSERVATION.

Diagnostic.— Bronchite, entéro-colite.— A l'autopsie : pneumonie et péritonite tuberculeuse.

Le nommé Allebesiano, Louis-Philippe, âgé de deux ans, entra le 12 novembre 1825 à l'hôpital des Enfants-Malades. Cet enfant avait encore de la gourme; il était malade depuis six mois, éprouvait de la douleur au ventre, avait une diarrhée abondante, toussait et avait eu quelquefois des convulsions; l'amaigrissement se prononçait; depuis quatre jours la toux, la diarrhée et la fièvre étaient augmentées. Le 12 novembre, peau chaude, pouls fréquent, ventre douloureux, soif vive; toux assez grasse, figure pâle, amaigrie. Le 13, pouls fréquent; peau chaude, diarrhée, ventre volumineux, douloureux vers la région iléo-cœcale quand on le pressait; toux peu fréquente; la respiration s'entendait généralement bien partout; il y avait un peu de râle à gauche (*julep gommeux, cataplasme sur le ventre, lavement émollient, diète*). Le 14, diarrhée, soif, peu de toux, peu de fièvre; pouls de soixante-douze à soixante-seize pulsations par minute. Le 15 et le 16, diarrhée, soif vive, toux rare, pouls fréquent, plaintes, criail-

leries continuelles. Le 17, la nuit avait été agitée. Figure colorée; respiration plus fréquente, peu de toux, pouls cent quatre pulsations par minute; moins de dévoiement, ventre très-tendu, soif vive; quelques symptômes spasmodiques, raideur et contracture des bras, yeux fixes. Le 18, bras contractés mais non raides, pupilles dilatées, figure pâle. Ventre ballonné, pas tendu; plusieurs selles; pouls régulier, quatre-vingt-huit pulsations; mort.

Autops. cad. Pharynx, œsophage, larynx sans altérations appréciables, face interne des bronches un peu rose. Adhérences des trois lobes du poumon droit; lobe supérieur et lobe inférieur crépitants, un peu engoués. Le lobe inférieur du poumon gauche était partiellement hépatisé et farci de tubercules. Cœur, caillot fibrineux dans les deux cavités droites; épaisseur comparative du ventricule gauche et du ventricule droit : : 2:1.

Adhérences des feuillets du péritoine qui revêtent les parois abdominales, le foie, la rate, le diaphragme, les intestins et les épiploons. La surface péritonéale de l'estomac et des intestins était parsemée de tubercules miliaires. Dans quelques points le péritoine était rouge, injecté, surtout vers les régions du colon ascendant et du cœcum. Ganglions mésentériques sains; membrane muqueuse de l'estomac sans lésion apparente; celle du petit intestin était saine, pâle dans toute son étendue; la surface interne du cœcum était un peu rose; les intestins en général étaient déplacés par les adhérences; la membrane muqueuse du colon ascendant et généralement de tout le gros intestin, était parsemée de traces de rougeurs, d'injection; le foie, la rate, les reins n'offraient rien de particulier.

Ici donc la fièvre, la soif, la diarrhée, la douleur du ventre à la pression, particulièrement vers la région iléo-cœcale, sa tension, son ballonnement, étaient les phénomènes les plus saillants. Il n'y avait pas eu de vomissements; la sensibilité abdominale paraissait modérée, ne se développer que sous la pression et n'exister guère que vers un point. Si en résumé plusieurs des symptômes existants pouvaient en effet très-bien

appartenir à une péritonite, la majorite devait plutôt faire croire, ainsi qu'il a eu lieu, à une entéro-colite.

CENT TREIZIÈME OBSERVATION.

Diagnostic. — Pneumonie droite.— Entéro-colite chronique. — Rougeole. — A l'autopsie : entérite-pustuleuse. — Pneumonie double tuberculeuse.

Salmon Jean-Baptiste-Nicolas, âgé de quatre ans et demi, était entré, le 31 mars 1824, à l'hôpital des Enfants pour une *entéro-colite* avec *bronchite*, et était sorti de l'hôpital le 3 avril suivant. Cet enfant avait eu de la gourme à la tête vers l'âge de deux ans, mais pas d'ophtalmie, et généralement il se portait bien. Il rentra à l'hôpital le 18 avril. Il toussait depuis quinze jours et vomissait après avoir mangé; il avait eu une éruption de rougeole, il y avait huit jours. Lors de son entrée il existait encore des taches de cet exanthème; elles étaient générales, mais pâles; le pouls était petit, faible et fréquent; du râle muqueux s'entendait des deux côtés en arrière; la toux était grasse, la langue blanche, rouge sur ses bords ; le ventre douloureux à la pression. Le 19, pouls cent seize pulsations par minute, faible; chaleur de la peau naturelle. En arrière, à droite, râle crépitant et moins de résonnance à droite qu'à gauche; langue blanche, diarrhée. Le 20, pouls petit fréquent, cent trente-six pulsations par minute; peau chaude, toux peu fréquente; respiration très-gênée; dévoiement, soif assez vive. Le 21 et le 22, respiration fréquente courte, pouls cent soixante à cent quatre-vingt pulsations, faible ; dévoiement modéré; peu de soif, langue humide. Le 23, respiration très-gênée, pouls faible et fréquent; yeux caves, traits altérés; dévoiement. Mort.

Autops. cad. Bouche, trachée saines; la membrane muqueuse des bronches avait une couleur rosée; les ganglions bronchiques à droite étaient très-développés et comme lardacés; il y en avait plusieurs de rouges et gonflés à gauche, et un suppuré. Le lobe supérieur du poumon droit était hépatisé

dans sa partie supérieure et postérieure; au sommet existait une caverne multiloculaire; dans les environs deux tubercules. Le lobe inférieur était hépatisé en arrière et en bas; le reste était sain; le lobe moyen était entièrement hépatisé en gris. Le lobe supérieur du poumon gauche était sain; son lobe inférieur était hépatisé en arrière; les bronches contenaient du mucus puriforme. Le péricarde contenait seulement une once de sérosité. L'épaisseur du ventricule gauche était à celle du ventricule droit comme 3 est à 1.

Les ganglions mésentériques étaient rouges, gonflés, mais non tuberculeux; l'estomac parut sain. Les plaques de Peyer et de Brunner étaient rouges et boursouflés; les intervalles, les autres parties de la membrane muqueuse étaient sains; la surface interne du colon était rosée; du reste rien autre chose de remarquable : foie sain, rate saine, vessie contractée saine, etc.

Dans cette observation existaient bien les lésions *caractéristiques* de la fièvre typhoïde, et cependant on n'avait guère observé pendant la vie que les symptômes d'une entéro-colite ordinaire. La pneumonie, complication fréquente de cette affection, s'était manifestée et avait été reconnue; mais, du reste, tous autres symptômes généraux et locaux manquaient, et ce n'est véritablement que sur le cadavre que l'on a pu être éclairé sur le genre de la maladie intestinale.

CENT QUATORZIÈME OBSERVATION.

Diagnostic : Pneumonie droite, anasarque, entéro-colite. — A l'autopsie : pleuro-pneumonie droite. — Bronchite. — Dilatation des bronches, tubercules pulmonaires. — Entérite, entérite pustuleuse?

Horisset (Charles), âgé de quatorze ans, fut admis à l'hôpital des Enfants, le 17 avril 1825; il était à Paris depuis un mois, toussait et avait du dévoiement depuis cette époque, mais depuis huit jours ces symptômes avaient augmenté. Le 18 avril, à la visite du matin, figure pâle, infiltrée; toux sèche, matité à la percussion du côté droit, en arrière, et râle crépitant; poitrine

sonore, à gauche, et râle sous-crépitant. Pas d'égophonie d'un côté ni de l'autre; expectoration d'un mucus verdâtre. Langue blanche à sa base, rouge à sa pointe; pas de soif; trois selles en diarrhée (de matière muqueuse, jaunâtre); pas de douleur au ventre; pouls petit, misérable; quatre-vingts pulsations par minute. Anasarque. Les jours suivants, ces mêmes symptômes avaient persisté, à l'exception de l'anasarque, qui avait diminué sensiblement. Le 24, toux peu fréquente, disparition de l'œdème, amaigrissement, altération des traits, pouls faible, environ quatre-vingt-quatre pulsations par minute; dévoiement assez abondant, envies de vomir, langue pâle, humide. Le 25 et le 26, mêmes symptômes, affaiblissement, maigreur considérable. Mort le 27.

Autopsie le 29 *avril*. La plèvre droite, injectée et comme ecchymosée, était adhérente au poumon droit, vers la région diaphragmatique. Les lobes de ce poumon étaient réunis au moyen d'adhérences anciennes; le supérieur était un peu hépatisé postérieurement, l'inférieur était également hépatisé et comme farci de petits tubercules miliaires; les bronches étaient très-dilatées, rouges, contenant du mucus. Le lobe inférieur du poumon gauche était seulement engoué, le lobe supérieur était sain et les bronches qui traversaient ce poumon étaient aussi dilatées et rouges. Du reste, toutes les bronches jusqu'aux dernières ramifications, étaient également rouges et contenaient de la matière purulente. L'épaisseur du ventricule droit du cœur était à celle du ventricule gauche comme 3 : 1.

Les ganglions mésentériques étaient sains; l'estomac, rétracté, paraissait aussi exempt de lésions; la membrane muqueuse de l'intestin grêle était comme boursouflée et contenait un mucus épais; vers le milieu du jéjunum, existait une plaque rouge de plusieurs pouces d'étendue et, à partir de ce point, les plaques de Peyer étaient rouges et boursouflées, plusieurs ascarides entourés de mucus s'y trouvaient. La membrane muqueuse du cœcum était injectée (arborisations), celles du colon et du rectum étaient saines. La vessie était très-dilatée; le foie, la rate, les reins, le cerveau, n'offraient rien de particulier.

Cette observation qui nous a été communiquée, ainsi que les quatre précédentes, par M. P. Guersant, et qui a été également recueillie par lui à l'hôpital des Enfants, pendant son internat, nous a paru offrir de l'intérêt sous différents rapports. D'abord parce qu'elle présente les lésions propres à la fièvre typhoïde (sauf l'altération des glandes du mésentère), sans que les symptômes habituels de cette affection se soient manifestés, si l'on en excepte la diarrhée, qui du reste n'est alors ni caractéristique, ni absolument constante. Cependant ce malade se trouvait spécialement dans les conditions sous l'influence desquelles se manifestent surtout les *fièvres graves* : il était jeune, récemment arrivé à Paris, et s'y trouvait probablement dans des conditions hygiéniques défavorables.

Chez les jeunes enfants, l'entérite pustuleuse ne présente, le plus ordinairement, que les symptômes de l'entérite. Cette même maladie, par la prédominence des symptômes cérébraux, simule parfois la méningo-encéphalite chez les sujets qui atteignent la seconde enfance, bien que parfois aussi elle n'apparaisse chez eux que comme une simple entérite, mais plus souvent en définitive avec les symptômes typhoïdes propres. Le fait qui précède est encore une nouvelle preuve que, même chez les adolescents, cette affection ne peut se traduire au dehors que sous la forme la plus trompeuse, à peine même sous celle d'une entérite ou d'une entéro-colite. Dans cette observation, en effet, à part la diarrhée, qui encore était modérée, il n'y avait ni symptômes généraux, ni symptômes locaux tant soit peu remarquables; ni soif, ni sécheresse de la langue, ni douleur au ventre. Si de l'absence de l'altération anatomique des glandes mésentériques, on voulait établir qu'il n'y avait point ici de fièvre typhoïde, on pourrait objecter que la lésion qui particulièrement on a dit être caractéristique dans cette affection, est celle des follicules intestinaux, tandis que MM. Louis, Andral et Bouillaud ont même parlé de l'existence de cette fièvre sans aucune de ces altérations anatomiques. A propos des traces de pneumonie qui ont été rencontrées, il est à remarquer

que cette dernière affection est une complication fréquente de la fièvre typhoïde. Quant aux dilatations des bronches, il est aussi à observer que ces lésions étaient étendues, accompagnées de traces d'une vive inflammation et du reste n'avaient été accusées par aucun symptôme particulier.

CENT QUINZIÈME OBSERVATION.

Diagnostic : Entéro-colite, anasarque. — Autopsie : Gastrite, mésentérite tuberculeuse, ulcérations intestinales.

Mony (Marie-Émile), entré à l'hôpital des Enfants, le 13 novembre 1825. Cet enfant, âgé de deux ans, n'ayant encore que douze dents, n'avait eu ni gourme, ni ophthalmie et se portait habituellement bien.

Depuis un mois, il éprouvait, disait-on, de la fièvre, une soif vive, avait le dévoiement, les jambes enflées, se plaignait sans cesse, était fréquemment assoupi, toujours froid. Le 14 novembre, à la visite, on reconnut un peu de toux, sans modification ni dans le son, ni dans les bruits de la poitrine; le pouls n'était point fébrile; il y avait diarrhée de matières verdâtres, et le ventre était un peu douloureux à la pression; la langue était rose et humide. (*Tisane gommeuse, julep gommeux, lavements émollients, diète.*) Le 15, diarrhée, peu de toux, peu de fièvre; langue blanche, humide; soif vive; face rose; l'enfant a dormi. (*Comme la veille, frictions sèches à la peau.*) Le 16, poitrine sonore, respiration facile; pouls fréquent; peau chaude; diarrhée; soif vive. (*Mêmes prescriptions.*) Le 17, soif vive; ventre non douloureux; langue blanche; peu de fréquence; même état d'œdème. Le 18, diarrhée légère; toujours soif très-vive; l'infiltration était augmentée. (*Tisane gommeuse nitrée; frictions sèches à la peau; diète.*) Le 19 et le 20, moins de diarrhée; même état du reste. Le 21, voix enrouée; pouls, cent vingt-huit pulsations par minute; peau chaude; très-peu de toux; même infiltration; soif vive; deux ou trois selles liquides; lèvres un peu gonflées. (*Prescription comme la veille; de plus un bain général et décoction blanche de*

Sydenham.) A partir du 22, pas de diarrhée; pouls, cent huit pulsations. Le 23, moins d'œdème ; pas de changement, le 24 non plus. Le 25, dans la soirée, un vomissement de sang ; ce vomissement se renouvela la nuit, et le malade succomba sans agonie.

Autopsie cadavérique. Point de sang dans la bouche, point d'épanchement dans la plèvre; rien de remarquable dans le canal aérien. Les poumons étaient parfaitement crépitants, sains. L'épaisseur du ventricule gauche était à celle du ventricule droit comme 4 : 1.

Les ganglions mésentériques étaient tuberculeux, quelques-uns ramollis et contenant un liquide jaune-verdâtre ; d'autres étaient seulement développés sans être dégénérés.

L'estomac était contracté, sa membrane muqueuse était d'une teinte légèrement rosée et tapissée d'un peu de mucus blanchâtre. Une seule ulcération existait dans le petit intestin, qui de plus contenait seulement un ou deux lombrics. Du mucus verdâtre se trouvait dans le gros intestin. Nulle autre lésion apparente.

Foie d'un jaune fauve, bile verdâtre; rate, appareil génito-urinaire sains.

Crâne. Le cerveau, le cervelet, les méninges, n'offraient rien de remarquable; une demi-cuillerée de sérosité limpide se trouvait dans les ventricules latéraux.

La soif et la diarrhée ont été dans cette observation (la première surtout), les symptômes les plus tranchés et les plus persévérants; avec l'endolorissement léger du ventre, ils ont fait croire à l'existence d'une entéro-colite.

La seule ulcération, sans rougeurs circonvoisines, sans développement des follicules, existant dans l'intestin grêle, n'aurait-elle eu aucune corrélation avec l'altération profonde et avancée des glandes du mésentère, et s'agissait-il alors ici d'une mésentérite tuberculeuse, d'un carreau idiopathique? ou cette ulcération serait-elle un des vestiges d'une entéro-colite qui aurait existé pendant environ un mois, époque du dérangement survenu dans la santé du petit malade; phlegmasie qui

aurait alors suscité l'affection du mésentère et se serait, en dernier lieu, propagée vers les régions supérieures en abandonnant son premier siége; ce qu'aurait annoncé la diminution, puis la cessation de la diarrhée. L'on sait du reste que Broussais insiste sur la tendance ascensionnelle des phlegmasies du canal intestinal et sur l'augmentation de la réaction générale quand elles atteignent le ventricule. Ce qui aurait eu lieu dans ce cas et ce que tendrait à prouver la coloration rosée de sa membrane muqueuse stomacale et même l'hématémèse, résultat de la congestion de ce viscère, phénomène du reste très-rare et très-rarement observé chez les enfants.

En résumé, dans les faits que nous venons de passer en revue, toutes les manifestations extérieures des états morbides dont il a été fait mention ont été pâles ou obscures.

Synthèse. L'examen détaillé que nous avons passé des symptômes des maladies du canal intestinal devrait nous dispenser de les grouper et d'en produire des descriptions particulières, d'autant plus que les altérations organiques qui se répartissent sur la continuité de son tissu, et que les dérangements fonctionnels qui en procèdent, bien qu'affectant certaine coïncidence qui ait permis d'établir des divisions et de former des individualités morbides distinctes, n'offrent pas toujours cette même simultanéité dans leur rencontre. Ce manque de constance concerne surtout l'expression symptomatique; car si les affections inflammatoires des différentes régions du tube digestif et les degrés divers de ces maladies peuvent, le plus fréquemment, en effet, être différenciés sur le cadavre au moyen de leurs empreintes ou vestiges, assez souvent ces mêmes maladies se confondent-elles, durant la vie, par leurs manifestations extérieures.

Néanmoins, comme il n'y a rien non plus, à ce sujet, d'absolu et d'exclusif, et comme, d'ailleurs, les précédents détails auront suffisamment témoigné de notre circonspection et de nos réserves à l'égard des distinctions théoriques, nous croyons, dans l'intérêt du traitement, intérêt dans lequel, en définitive, tout se résout et doit aboutir; nous croyons, disons-nous, de-

voir aussi tracer les principales variétés de physionomie de ces affections d'un même appareil ou d'une même portion d'appareil organique : nous aurons ainsi l'avantage de pouvoir mieux exposer les différents modes et modifications thérapeutiques qui semblent les plus convenables.

§ II. Les inflammations de l'estomac se montrent sous des formes très-variées; elles sont légères, graves, aiguës ou chroniques. Elles sont assez généralement indiquées par une douleur plus ou moins vive à l'épigastre, par la rougeur de la langue, les nausées, les vomiturititions, les vomissements. Quelquefois la région épigastrique est ballonnée et sonore, ou tendue et rénitente. Les matières vomies sont d'abord claires, puis verdâtres, parce que les secousses du ventricule y font remonter la bile; les éructations précèdent ou suivent les vomissements. L'ingestion d'aliments exaspère la douleur épigastrique, suscite des nausées et des vomissements, et d'ailleurs il y a anorexie, dégoût, répugnance pour les substances animales, pour les boissons chaudes; désir de celles qui sont froides. Quelquefois il y a diarrhée, mais plus souvent constipation; suivant l'intensité de la phlegmasie, la réaction générale est plus ou moins vive et l'anxiété plus ou moins grande. La gastrite aiguë grave succède particulièrement à l'introduction dans l'estomac de substances sur-irritantes. Il y a alors exaspération de tous les symptômes : la sensibilité extérieure est exquise, s'étend au loin; la sensation douloureuse interne va jusqu'au degré de la brûlure; les hoquets, les nausées, les éructations, les vomissements sont continuels; l'appareil fébrile, annoncé quelquefois par des frissons, est violent; la physionomie est profondément altérée; la face pâle, grippée; l'anxiété extrême; le pouls devient petit et fréquent, puis en dernier lieu aussi se manifestent des sueurs visqueuses froides, et en un mot la marche est aussi rapide que funeste.

Dans la gastrite chronique, au contraire, il y a modification et atténuation de tous les phénomènes. Le plus souvent, il y a absence de réaction générale; la douleur se réduit à une sensation pénible vers les hypochondres, derrière le sternum, à la

sensation d'une barre vers la région épigastrique; l'appétit est faible, les digestions laborieuses, accompagnées de malaise, d'agitation, de nausées, de vomissements, de flatuosités, de rapports; il y a constipation, parfois entremêlée de dévoiement; quand cet état morbide se prolonge, il y a amaigrissement progressif, fièvre hectique, hypochondrie, etc.

La première de ces deux formes extrêmes de la gastrite est rare chez les enfants et la seconde, si commune chez les adultes, est dans des conditions tout-a-fait opposées à l'égard du jeune âge : elle est plus rare encore que la première. Au degré moyen appartient l'expression symptomatique, telle que nous l'avons exposé en commençant : c'est celui que l'on observe le plus fréquemment à cette époque de la vie. Cette phlegmasie avec intensité médiocre (gastrite superficielle, érythémateuse), est d'ailleurs, rarement isolée ou demeure telle; mais se trouve le plus souvent unie ou combinée à l'inflammation intestinale.

§ III. La gastro-entérite se présente sous forme aiguë et chronique. Les symptômes varient en raison du siége et de l'intensité de la phlegmasie, en raison encore des complications, des conditions d'innervation et d'hématose dans lesquelles se trouve le sujet, et enfin en raison de son âge.

Les exemples les plus tranchés de gastro-entérite aiguë sont ceux où l'affection est le résultat d'un empoisonnement par des substances âcres et corrosives.

Dans la gastro-entérite, la langue est ordinairement blanche ou sale à sa base, tandis que la pointe ou les bords sont rouges, que les papilles sont plus ou moins saillantes et rouges; elle est d'ailleurs plus ou moins sèche; mais la dessiccation complète, le raccornissement, l'état brun et comme roussi de cet organe, appartiennent plus spécialement aux entérites et gastro-entérites graves, pustuleuses, typhoïdes. L'affection réunie de l'estomac et de l'intestin, de ceux-ci et du gros intestin, présente une combinaison plus ou moins complète des symptômes particuliers à chacune de ces phlegmasies séparées. Les gastro-entérites et entérites profondes sur-aiguës sont rares chez les enfants comme chez les adultes. De même que celles par empoisonne-

ment, elles se font remarquer par une sorte d'exaltation dans tous les symptômes, par la gravité des accidents et la rapidité de la marche... L'anxiété est grande, la face promptement et profondément altérée, la fièvre intense, la soif ardente; la douleur du ventre est très-prononcée; il y a hoquets, nausées, vomissements, diarrhée, plus rarement constipation. Quand enfin le cas est très-grave, le pouls est petit, filiforme, la peau froide, l'agitation et l'anxiété extrêmes; il y a du délire, des spasmes, des convulsions ou un profond accablement; le ventre est dur, tendu, ballonné ou bouffi et très-flasque. Ces accidents sont encore ceux qui se déclarent, quand une affection intestinale aiguë ou sous-aiguë se termine par ramollissement étendue ou par perforation; les symptômes d'excitation sont néanmoins plutôt en rapport avec ce dernier genre de lésion et ceux de prostration et de stupeur avec le premier.

La gastro-entérite spontanée est souvent précédée de quelques prodromes : les digestions se troublent, l'appétit diminue; dans quelques cas rares cependant, il est plus vif. Une diarrhée légère ou de la constipation existent. On observe en même temps de la céphalalgie, des douleurs contusives dans les membres. Quelquefois l'invasion est brusque. La douleur locale manque quelquefois, surtout lorsque la phlegmasie a son siége dans la partie supérieure de l'intestin grêle; cependant en exerçant avec la main une assez forte pression sur la paroi abdominale, on la fait naître dans le plus grand nombre des cas. Elle peut être, quoique plus rarement, très-vive et comparable à celle qu'éprouvent les sujets atteints de péritonite aiguë. Il n'est pas toujours non plus nécessaire d'exercer la pression abdominale pour produire cette sensation : l'ingestion des boissons dans l'estomac l'exaspère souvent. Le siége de la douleur est, du reste, très-variable. Quand c'est dans l'estomac que l'inflammation prédomine, la douleur se fait sentir tantôt à l'épigastre, tantôt vers l'hypochondre droit : quand c'est l'intestin grêle qui est le siége spécial de la phlegmasie, elle se fait sentir autour de l'ombilic; quand c'est le gros intestin qui est affecté, elle réside dans le trajet du colon; ce qui, ainsi que nous l'avons vu, est loin d'être

toujours aussi régulier. La douleur, enfin, est tantôt continue, avec ou sans exacerbations, et tantôt intermittente. Elle peut exister dès le début de la maladie ou ne se montrer que plus tard ; elle persiste quelquefois pendant tout le cours de celle-ci ; d'autres fois elle disparaît brusquement pour ne plus reparaître. Dans quelques cas, elle est masquée par des symptômes cérébraux, ou elle n'est pas accusée par les enfants trop jeunes pour rendre compte de leurs sensations : cependant, dans ces circonstances, en pressant assez fortement l'abdomen, on voit assez souvent la figure se gripper et le petit malade faire quelques mouvements instinctifs pour se soustraire à la main qui lui fait mal. Le ventre est tantôt rétracté, tantôt distendu. Le météorisme est moins fréquent dans la gastro-entérite simple, que dans l'entérite folliculeuse. Nous avons déjà parlé de la soif et de son intensité, que quelques médecins mettent en rapport avec l'activité de la phlegmasie ; c'est aussi la manifestation de la soif, dans la gastrite, que Broussais considérait comme l'indication de l'extension de la phlegmasie vers l'intestin grêle.

Des évacuations gazeuses et liquides sont rendues soit par la bouche, soit par l'intestin ; ainsi on observe des éructations, des rapports acides, des nausées, des vomissements, de la diarrhée. Chez les enfants ou plusieurs des signes de la gastro-entérite manquent, les matières excrétées doivent être examinées avec soin ; elles sont glaireuses, muqueuses, séreuses, fécales, entre mêlées de l'un et de l'autre ; on y trouve aussi parfois de fausses membranes (obs. 80), bien qu'il soit facile de confondre avec ces dernières les différents aspects qu'est susceptible de prendre le mucus concret. En outre, du sang soit pur, soit mélangé, peut être réjeté par les vomissements ou par les selles. L'hématémèse et le mélæna sont néanmoins extraordinairement rares chez les enfants, surtout la première de ces hémorrhagies ; l'observation 145 nous paraît avoir trait à un fait de ce genre dans lequel il y aurait eu exhalation de sang à la surface de la muqueuse de l'estomac. C'est sous le nom de mélæna que l'on désigne les symptômes auxquels donne lieu l'hémorrhagie intestinale. Il n'est de remarquable, parmi les

incidents qui en dépendent, que les vomissements ou les déjections noires, sanieuses; les phénomènes généraux appartiennent à toutes les hémorrhagies en général; du reste tous ces symptômes n'offrent rien de particulier chez les enfants; seulement cette maladie, ou plutôt ces accidents, nous ont paru le plus ordinairement, chez eux, symptomatiques de quelque ulcération du tube digestif (voir plus loin une observation de carreau).

L'inflammation gastro-intestinale réagit presque constamment sur les centres nerveux et circulatoire; cependant, l'accélération de la circulation peut manquer. La fièvr est continue, rémittente et parfois même intermittente. L'état physiologique des organes de la respiration est assez souvent modifié pendant le cours de ces affections; ainsi on observe parfois, dans la gastro-entérite, une toux sèche, appelée stomacale; ainsi l'entérite pustuleuse se complique-t-elle souvent de pneumonie. L'exhalation cutanée est presque toujours modifiée; la peau est sèche. Il en est de même de la sécrétion folliculaire de la bouche. Les troubles fonctionnels de l'organe sécréteur, de la bile, sont rares dans nos climats, mais dans les pays chauds la gastro-entérite s'accompagne fréquemment d'une irritation sympathique du foie.

Les principaux troubles de l'innervation sont relatifs à la sensibilité, à la motilité et à l'intelligence. Les troubles de la motilité sont particulièrement, chez les enfants, les soubresauts des tendons et les mouvements convulsifs des muscles de la face et quelquefois des membres.

Sous le rapport des symptômes, la gastro-entérite présente deux formes bien tranchées; dans l'une prédominent les symptômes locaux, dans l'autre les symptômes généraux. Les symptômes locaux varient en raison de certaines dispositions individuelles et en raison du siége que la phlegmasie occupe. Ainsi, suivant que l'estomac ou le duodénum, l'iléon et le colon seront affectés, la douleur occupera tel ou tel point de la cavité abdominale; la diarrhée ou le vomissement se manifestera, etc. La durée de la gastro-entérite n'a rien de fixe; ses

différentes issues sont le passage à l'état chronique; la résolution et la mort; laquelle a lieu par le fait seul de l'intensité de la phlegmasie, de sa durée et de l'épuisement du sujet; par suite de ramollissements ou de perforations gastro-intestinales, par le fait des troubles nerveux et la manifestation de complications diverses.

Les lésions anatomiques des phlegmasies gastro-intestinales comprennent les altérations de coloration et de texture. La coloration peut être rouge, violacée, brune, noire; elle ne s'enlève pas en général par le lavage; elle a lieu par injection sous forme d'arborisation, de pointillé; elle s'étend d'une manière uniforme ou par plaques, par ecchymoses. La coloration est érythémateuse, érysipélateuse ou profonde. La membrane muqueuse n'est parfois que superficiellement injectée; d'autresfois la rougeur s'étend jusqu'au tissu sous-muqueux, envahit les trois tuniques, etc. Les changements morbides, survenus dans la texture, embrassent les altérations de consistance, depuis la diminution de cohésion la plus minime jusqu'au ramollissement gélatiniforme, les ulcérations, les amincissements, les hypertrophies. Plusieurs de ces lésions organiques, telles que les colorations brunes, noires, les ramollissements, les ulcérations, les boursoufflements, les plaques gaufrées, les développements de follicules, les épaississements, les amincissements appartiennent plus spécialement, en général, aux phlegmasies d'une assez longue durée, aux inflammations sub-aiguës et chroniques. Ces altérations organiques ont ordinairement pour symptômes ceux appartenant aux phlegmasies dont elles relèvent, et les symptômes d'une péritonite aiguë se sur-ajoutent instantanément quand il survient une perforation intestinale.

§ IV. Dans l'entérite et l'entéro-colite, la sensibilité du ventre, à la pression de la main, existe dans le voisinage de l'ombilic et de la région iléo-cœcale; il y a plus ou moins de soif ou de diarrhée, suivant la prédominance de la phlegmasie, dans le petit ou dans le gros intestin. Le malade est plus altéré dans l'entérite; il a davantage le dévoiement dans la co-

lite. Il a parfois des nausées, assez rarement des vomissements. La langue est sèche, large à sa pointe, rouge vers son limbe, encroûtée à sa base; il y a de la fièvre; il peut y avoir de l'agitation, du délire et quelques autres symptômes nerveux, surtout vers le début et chez les enfants irritables; mais, en général, il ne faut pas en ces circonstances attacher trop d'importance à ces épiphénomènes. Nous ne ferons ici que rappeler ce que nous avons déjà dit au sujet de l'entérite pustuleuse, de la prédominance des symptômes cérébraux ou de la seule existence des symptômes de l'entérite ordinaire dans cette affection, chez les enfants; car l'importance qui dans ces derniers temps a été attribuée à la fièvre typhoïde nous engage à consacrer un article spécial à la description de cette dernière maladie. D'autre part, comme dans l'état aigu, les phlegmasies des diverses parties du tube intestinal tendent à se réunir, à se combiner, à s'étendre, qu'elles ne se maintiennent guère limitées qu'à l'état chronique, et que le seul symptôme bien apparent des phlegmasies de cette sorte, siégeant à partir du commencement de l'intestin grêle jusqu'à la fin du gros intestin, est la diarrhée. C'est à propos de celle-ci que seront plus particulièrement envisagées ces dernières formes de quelques phlegmasies intestinales; tandis que la description de l'entérite aiguë, en partie comprise dans ce qui a été dit sur la gastro-entérite, se trouvera complétée par ce qui sera exposé au sujet de la fièvre typhoïde et par ce que nous allons ajouter concernant la colite et par suite l'entéro-colite.

§ V. Dans l'inflammation du gros intestin, dans la cœco-colite, il n'y a pas ordinairement de vomissements, à moins que la maladie ne soit très-intense; il y a de la fièvre et de la soif, quoique moins fréquemment, ainsi que le remarque Broussais, que dans les inflammations de la portion supérieure du canal digestif; la sensibilité abdominale, à la pression, a lieu suivant le trajet du gros intestin; la figure est pâle et plus ou moins fatiguée ou profondément altérée, suivant l'intensité de la phlegmasie, le nombre et la quantité des évacuations; celles-ci sont muqueuses, glaireuses, jaunâtres, blan-

châtres, verdâtres, etc., plus ou moins copieuses et fréquentes, au nombre de six, huit, dix et vingt par jour; elles sont d'ailleurs accompagnées et précédées de ténesme, de coliques, et les efforts pour aller à la selle entraînent fréquemment la *chute* du rectum, de même que le passage réitéré des matières des déjections fait naître de la rougeur au pourtour de l'anus.

Quand la maladie suit un cours favorable, les évacuations diminuent en quantité et en fréquence, et tous les autres symptômes s'amendent; si elle prend, au contraire, une marche funeste, les déjections augmentent, deviennent glaireuses, fétides; la prostration est grande, le corps froid, la figure pâle, hippocratique, les yeux caves, les pupilles fréquemment dilatées; enfin la mort arrive après des symptômes adynamiques plus ou moins dessinés.

Mais l'affection peut aussi se prolonger sans atteindre ces derniers degrés d'exacerbation; elle prend alors la forme sub-aiguë ou chronique et peut durer des mois entiers; du reste les phlegmasies aiguës du gros intestin ont une grande tendance à suivre cette voie, surtout chez les enfants faibles et délicats, et non moins souvent s'établissent d'emblée de la sorte, surtout vers la fin de maladies d'autres organes ou appareils d'organes. L'affaiblissement et la maigreur sont d'autant plus considérables que l'affection dure depuis long-temps; la peau devient flasque, sèche, surtout aux cuisses; elle est décolorée et rugueuse; le visage est pâle, altéré et ridé; le pouls misérable; la fièvre est continue ou n'a lieu qu'aux époques les plus ordinaires de ces exacerbations; enfin, quand l'état morbide se prolonge beaucoup, la mort est presque toujours certaine, parce que les altérations organiques sont alors trop profondes et trop étendues, la débilité du malade trop grande pour que le rétablissement puisse s'opérer.

C'est dans la forme sub-aiguë de l'affection du gros intestin que les matières des déjections présentent parfois des caractères physiques particuliers; elles ressemblent à de la graisse à demi-figée ou sont composées de substances indigérées. Les malades arrivent promptement dans ces circonstances à un

grand état d'affaiblissement. C'est plus particulièrement quand des aliments sont accordés d'une manière inopportune et pendant l'existence de phlegmasies du ventre, encore persévérantes ou mal éteintes, que se manifeste la diarrhée lientérique. Les nouveau-nés sont également sujets à la lienterie; elle est aussi provoquée, chez eux par l'administration d'aliments ou de lait, mal appropriés aux forces digestives. Billard rapporte que cette indigestion est très-fréquente à l'hôpital des Enfants-Trouvés parmi les enfants nourris avec le lait de nourrices sédentaires qui allaitent depuis long-temps. Le tube digestif, chez les jeunes enfants, ne semble être disposé que pour recevoir un lait léger et pris par succion. Toute autre nourriture plus substantielle, un lait trop vieux, trop chargé de crême et de caséum, suffisent pour amener des perturbations fonctionnelles pour provoquer des évacuations lienteriques.

§ VI. La cœco-colite non érysipélateuse, mais profonde, connue sous le nom de *dysenterie*, se rencontre chez les enfants ainsi que chez les adultes; mais elle est plus grave chez les premiers. On peut la distinguer aussi en aiguë et en chronique. Dans la dysenterie aiguë, l'invasion est brusque; il y a des frissons, du malaise, de la céphalalgie, quelquefois des vomissements; l'enfant témoigne des douleurs aiguës dans le ventre; les coliques sont très-fréquentes, le malade est tourmenté d'épreintes, il fait des efforts continuels pour aller à la selle, et rend par l'anus des matières peu abondantes, blanches, ressemblant à du blanc d'œuf à moitié cuit, matières mêlées et imprégnées de sang; car ici il y a mélange du sang avec les matières des déjections. Les douleurs du ventre, le ténesme et la nature des évacuations qui, dès le début, présentent les caractères indiqués, sont des signes pathognomoniques. D'ailleurs la fièvre est intense le ventre est brûlant, et tout ce cortége de symptômes dure de trois à sept jours, époque approximative où la maladie s'exaspère, ou tend vers la guérison. Dans le premier cas, la fièvre est plus intense, l'abattement extrême; les évacuations alvines très-fréquentes et peu abondantes; on en compte parfois jusqu'à trente ou quarante

dans les vingt-quatre heures. Les matières sont très-fétides ou nauséeuses, mais toujours sanguinolentes. Bientôt les yeux, entourés d'un cercle bleuâtre, s'enfoncent dans les orbites, l'amaigrissement fait de rapides progrès, il n'y a pas de vomissements, mais le malade est tourmenté de nausées; les extrémités sont froides, il se manifeste des sueurs, surtout pendant et après les évacuations; la respiration est anxieuse, des mouvements convulsifs peuvent se déclarer; ou l'enfant tombe dans un état de somnolence, d'où il ne sort que pour faire entendre des cris que lui arrachent les coliques. Les sueurs sont visqueuses, les déjections couleur lie de vin, mêlées de débris de membrane muqueuse et de pseudo-membranes; enfin, la mort arrive quelquefois assez promptement, et du cinquième environ au huitième jour : quelquefois la vie se prolonge jusqu'au quinzième et au vingtième jour. Les enfants les plus jeunes résistent le moins.

Si la maladie prend un cours favorable, le ténesme diminue, ainsi que la soif et la fièvre; les évacuations alvines deviennent tout à la fois plus rares, moins muqueuses, glaireuses et sanglantes.

La dysenterie chronique succède plutôt à la colite, ou cœcocolite aiguë, qu'elle ne s'établit de prime abord; elle est apyrétique, ou, du moins, la fièvre est rare, non continue et peu intense. Les évacuations sont moins abondantes, moins fréquentes, moins accompagnées de mucus concret, de sang et de fausses membranes; elles sont, du reste, aussi précédées et accompagnées d'épreintes et suivies d'une profonde sensation de soulagement. La durée générale de cette affection est d'un mois, six semaines à deux mois (1)...

Nous nous sommes déjà trop longuement expliqué au sujet de la diarrhée, pour insister encore ici long-temps à son égard ;

(1) M. Baron pense que la dysenterie ne présente pas de caractères spéciaux chez les enfants, et que, par conséquent, le traitement destiné à combattre cette phlegmasie ne doit pas non plus offrir chez eux de particularités.

elle est, ainsi que la toux, un des symptômes que l'on observe le plus fréquemment chez les enfants; elle est commune, chez eux, à l'époque de la dentition et du sevrage, et très-souvent elle survient accidentellement sans cause bien évidente. S'il peut être bon pour un enfant d'avoir de la diarrhée un ou deux jours pendant l'éruption d'une dent, il peut lui être aussi funeste de la garder trop long-temps; tout le temps de la dentition, et c'est de cette manière qu'il faut interpréter l'opinion de Sydenham, quand il disait que le dévoiement était une chose utile pendant la dentition. Si donc la diarrhée existant et persistant, on irrite l'intestin par des aliments, ou si, en exposant l'enfant au froid, on empêche la perspiration cutanée d'avoir lieu, on arrête l'action de la peau, l'affection légère du ventre s'exaspère, la membrane muqueuse gastro-intestinale s'enflamme, souvent se ramollit et l'issue alors ne peut être que funeste.

Les matières des déjections sont séreuses, muqueuses, ont l'aspect de bouillon sale; elles sont verdâtres, jaunâtres, blanchâtres, incolores.... Si les évacuations sont fréquentes, au nombre de quinze à dix-huit, par exemple, par jour, cette fréquence constitue ce que l'on nomme flux diarrhéique. Il y a véritablement alors plus de liquide excrété que digéré; aussi les sujets tombent-ils dans un état d'amaigrissement et d'accablement extrêmes. Les évacuations, plus ou moins répétées et prolongées, sans douleur abdominale, et paraissant résulter de la sur-excitation et, par suite, de la sur-activité des sécrétoires, ne contiennent généralement ni sang, ni matières glaireuses, ni mucus concret, et ne sont point accompagnées de réaction générale.

Ainsi que nous l'avons déjà exposé, toutes les parties du canal alimentaire peuvent être le siége de la diarrhée; elle est le plus souvent, en effet, chez les enfants, le seul symptôme bien constant de la plupart des phlegmasies chroniques du ventre. Le dévoiement apyrétique, indolent, dépend le plus communément de l'inflammation chronique de la membrane muqueuse du gros intestin, et les traces seules de l'irritation des

follicules mucipares sont une justification suffisante des phénomènes diarrhéiques.

Il a déjà été question des lésions anatomiques que laissent après elles les phlegmasies gastro-intestinales ; tout ce que nous avons dit d'ailleurs à l'égard de celles que l'on trouve à la suite de la gastro-entérite, concerne également celles que l'on rencontre après les affections des autres portions du tube intestinal.

§ VII. Les phlegmasies aiguës de l'appareil gastro-intestinal, quels que soient leur étendue, leur siége, leurs délimitations, doivent être traitées activement, et l'énergie du traitement doit plutôt être proportionnée à l'activité de la maladie, à sa résistance, que basée sur la faiblesse du sujet; car la débilité constitutionnelle n'est pas généralement un obstacle au progrès d'un mal local. D'ailleurs, les secours de l'art ne consistent pas exclusivement dans l'emploi des débilitants.

Ce sont néanmoins les moyens de cet ordre qui se trouvent plus spécialement et presque exclusivement employés vers le début et le premier temps des maladies inflammatoires aiguës du canal intestinal; mais il demeure bien entendu aussi que la latitude dans leur usage doit toujours, jusqu'à un certain point, être mesurée sur la puissance de résister du malade, que leur action doit, autant que possible, demeurer locale en l'absence ou à défaut de sthénie générale (1).

Les évacuations sanguines, sous le rapport de l'opportunité dans la période d'acuité des phlegmasies, ici encore tiennent le premier rang parmi les moyens antiphlogistiques débilitants; mais, bien plus que dans les affections de même nature, soit de la tête, soit de la poitrine, les évacuations sanguines locales conviennent dans les maladies du ventre

(1) Dans les phlegmasies gastro-intestinales qui ne s'annoncent que par de la diarrhée ou des vomissements, M. Baron pense que les évacuations sanguines conviennent, même quand il n'y a pas de fièvre, lorsque l'enfant est fort, que le pouls offre assez de résistance. D'ailleurs, le plus souvent, dans ces circonstances, la réaction générale a lieu. Chez les enfants faibles, il faut être très-sobre d'émissions sanguines.

chez l'enfant. En général, nous ne conseillerons la phlébotomie que quand celui-ci aura passé les quatre ou cinq premières années, et quand il y aura beaucoup de fièvre, ou dès l'origine des complications du côté de la tête ou de la poitrine. Des sangsues, des ventouses scarifiées seront appliquées à l'épigastre dans les gastrites; les sangsues seront réparties à l'épigastre et à l'anus dans les gastro-entérites, et leur application sera, en général, bornée et préférée à l'anus quand il n'y aura pas de sensibilité épigastrique accompagnée de vomissements, quand les douleurs du ventre ne seront que vagues et point limitées, enfin dans les entérites et les colites. Le nombre de sangsues qu'il convient d'appliquer est difficile à déterminer, parce qu'il doit être proportionné à l'âge du malade et basé aussi sur la perte de sang qui suit leur chute; perte qui varie beaucoup, et au sujet de laquelle il est impossible de rien préciser. D'ailleurs, les phlegmasies généralement ne se jugulent pas chez les enfants. Il faut donc, quoiqu'en les attaquant vigoureusement, se réserver les ressources de les combattre de nouveau et jusqu'au bout. Des évacuations sanguines modérées, puis de plus médiocres encore, puis enfin de ces évacuations faites au moyen de deux ou trois sangsues, même dans le dernier degré de faiblesse du malade, obtiennent, comparativement, bien plus d'heureux résultats que des pertes écrasantes de sang déterminées tout d'abord, et sans ressource de pouvoir revenir aux moyens de ce genre. C'est d'ordinaire progressivement que s'établissent et se dissipent, chez les enfants, les phlegmasies gastro-intestinales; c'est aussi de cette façon que l'on parvient, le plus souvent, à s'en rendre maître. Les ventouses scarifiées conviennent plus particulièrement pour être opposées à une douleur fixe de quelque région du ventre, et se placent vers la partie des parois la plus voisine du siége de la douleur. Toutefois, l'action révulsive du scarificateur rend son emploi préférable à la suite des sangsues. Les boissons gommeuses, mucilagineuses et gommo-mucilagineuses, les lavements amidonnés, ceux à l'eau de guimauve ou à la graine de lin bien fraîche, les topiques émollients sur

les parois abdominales, la diète, les bains généraux, vont de pair avec les moyens précédents, pendant les premières périodes des maladies en question.

Il faut insister sur cette médecine active autant qu'il est possible, et d'autant plus que les phlegmasies ont, chez les enfants, une grande tendance à passer à l'état chronique et sub-aigu, forme de la maladie dans laquelle les manifestations extérieures sont souvent seules peu tranchées et apparentes, tandis que le travail pathologique n'en fait pas moins de grands progrès. Mais c'est aussi le lieu de rappeler, ainsi que l'exprimait le professeur Broussais (1) : « Qu'il y a toujours un terme au-delà duquel le traitement antiphlogistique n'est plus de mise; qu'en d'autres mots, la maladie la plus inflammatoire ne peut être traitée, par les débilitants, que pendant un temps donné; et que c'est alors vraiment que le temps perdu est irréparable. On ne peut tracer le point précis de transition des moyens antiphlogistiques aux révulsifs ou aux restaurants : cela ne s'apprend que dans les bonnes cliniques. Si l'on abuse du traitement antiphlogistique, on peut tuer les malades; si l'on fait un usage intempestif du traitement stimulant, on s'expose à manquer les cures; si l'on recourt à ce dernier trop promptement après le premier, on peut ramener la maladie. Écueils de tout côté! on ne les évite que par un tact que l'expérience seule peut donner. »

C'est donc quand l'action des révulsifs et des dérivatifs pourra être sans danger, au sujet de la réaction générale, suffisamment prévenue et affaiblie, que l'on tentera l'emploi des rubéfiants cutanés, des vésicants sur les membres, et même sur les parois du ventre; c'est quand l'extrême faiblesse du sujet, la prolongation de la maladie, l'abaissement suffisant de l'irritation générale et locale en justifieront assez, d'ailleurs, l'essai, que l'on pourra permettre l'accès, à l'intérieur, de quelques légères substances tout à la fois émollientes et nutritives... : quelques cuillerées de lait coupé avec l'eau de

(1) *Cours de Pathologie et de Thérapeutique générales*, Paris, 1834.

gruau, ou avec quelques faibles parties de bouillon de poulet ou de veau, le lait d'ânesse, l'émulsion avec le jaune d'œuf..., ou enfin quelque chose d'analogue; que l'on pourra enfin essayer encore de légers astringents et opiatiques, de faibles toniques..., etc... : tisane de riz gommée, avec addition d'acétate d'ammoniaque liquide, de corne de cerf, de diascordium, de thériaque, lavements d'amidon, laudanisés; eaux de Vichy, d'Enghien, de Plombières, de Seltz, pour boisson, seules ou associées, au moins d'abord, aux mucilagineux.

C'est dans les dernières périodes des phlegmasies gastro-intestinales que l'on voit parfois réussir les méthodes dites perturbatrices... ; que l'on peut voir réussir les purgatifs, le calomel, la rhubarbe, les sels neutres. Mais ces moyens, pour être employés avec sécurité, semblent trop capables de rallumer l'inflammation éteinte; résultat d'autant plus fâcheux, que le traitement actif, précédemment employé, laisse peu de ressource pour en entreprendre un nouveau. Du reste, en nous occupant plus spécialement de la cure des diarrhées apyrétiques, nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur l'emploi de ces remèdes et d'en examiner plus minutieusement le mode d'action.

La diète doit être absolue, complète dans les premiers temps des maladies iuflammatoires du tube digestif; cependant il ne faut pas non plus abuser de ce moyen et le pousser trop loin, car l'on voit des enfants dépérissant à la suite d'affections gastro-intestinales chroniques, et épuisés par une diarrhée colliquative, reprendre et se rétablir sous l'influence de quelques aliments légers.

Les pneumonies, les pleuropneumonies, complications moins fréquentes que les bronchites, doivent être traitées par les saignées générales et locales quand l'âge le permet, et par ces dernières seules, avons-nous dit, quand l'enfant est trop jeune ou trop faible. La méthode est encore la même quand se déclarent des symptômes d'irritation directe ou sympathique du cerveau, quand se manifestent des méningites ou des encéphalites; les excitants, les révulsifs cutanés doivent succéder à

la mise hors d'emploi des pertes de sang. Dans ces dernières complications, les bains avec affusions froides réussissent quelquefois.

Quand aux ramollissements de la muqueuse gastro-intestinale, l'étendue de ces lésions les rend presque constamment incurables, et d'ailleurs leur marche rapide et insidieuse rend souvent l'application des remèdes incertaine ou inutile. L'eau de Seltz, l'eau de Vichy, le bicarbonate de soude, la magnésie calcinée, donnés à petites doses, répétées; les bains, les lavements gélatineux; les vésicatoires volants appliqués à l'épigastre ou sur les parois du ventre..... sont des moyens très-rationnels surtout à titre de moyens préventifs. Ils ont parfois réussi. Mais avait-on véritablement affaire alors à de ces diminutions dans la cohésion des tissus? c'est ce qu'il est impossible d'assurer.

Les gastro-entérites par empoisonnement présentent, chez les enfants, les mêmes caractères et les mêmes indications, sous le rapport des symptômes et du traitement, que chez les adultes.

Nous avons dit aussi que le traitement qui convenait dans les colites et les cœco-colites aiguës (1) était le même que celui généralement indiqué dans les premières périodes des phlegmasies gastro-intestinales, et nous nous sommes réservé d'exa-

(1) Sydenham, Stoll, Zimmermann, Fabrice de Hilden, etc., ont employé jadis les purgatifs dans la dysenterie; mais il paraît que c'était plus spécialement dans des épidémies. M. Bretonneau, dans un mémoire (*Archives de médecine*, tom. 13, 1827), a pareillement signalé les succès qu'il a obtenus des purgatifs dans une épidémie de dysenterie qui frappa la Touraine en 1826. Mais il paraîtrait aussi, d'après les observations qu'il rapporte, qu'il n'y avait point de réaction, que la maladie était tout-à-fait apyrétique. M. Trousseau, qui avait concouru à la publication du mémoire de M. Bretonneau, ajoute qu'il est des cas où, sous l'influence d'une autre constitution médicale, et lorsque les symptômes sont exactement les mêmes, on voit échouer la médication, qui jusque-là avait réussi. Il fut depuis en effet témoin du peu de succès du sel d'Epsom, administré à quelques dysentériques de Charenton.

miner, dans un même et dernier paragraphe, les moyens thérapeutiques à opposer aux gastro-entérites, entérites et colites arrivées au terme où les évacuations sanguines ne sont plus mises en usage, et ceux destinés à combattre en général les diarrhées.

Le régime, répétons-nous, est de la plus grande importance: il sera donné du bouillon de poulet coupé ou pur, ou avec addition de quelques légères fécules; des crêmes composées de farine de riz, d'eau de riz et de sirop de gomme; des laits de poule, des décoctions blanches, que l'on n'aromatisera ni avec la cannelle, ni avec tout autre condiment généralement trop irritant. Dans d'autres circonstances, il ne sera accordé que du lait pur ou coupé avec les tisanes précédentes, ou des eaux minérales. Le lait d'ânesse réussit quelquefois mieux encore, mais, en général, il faut tenir compte avec soin de la manière dont e litage est digéré; et quand on retrouve, soit dans les selles, soit dans les matières vomies, des grumeaux, des fragments de substance caséeuse, il faut renoncer aussitôt à son emploi. Enfin, il peut se faire que la diète seule convienne; elle sera alors prescrite ou maintenue. Cependant il ne faut pas se dissimuler la difficulté de tenir les enfants à la diète, et de pouvoir la continuer pendant un temps prolongé; d'abord ils crient, se tourmentent beaucoup et demandent sans cesse à manger; puis il faut se rappeler que les besoins de la nutrition, particulièrement active à cet âge de développement et de croissance, rendent ce moyen bien plus agissant, si je puis m'exprimer ainsi, qu'à toute autre époque de la vie. Du reste, l'on cherche à tromper leur faim en leur donnant des pâtes de guimauve, de jujube, des pastilles de gomme; en les distrayant, en les changeant de place, de chambre, etc. Les bains, les lavements ou demi-lavements avec l'amidon, l'eau de son, simples ou avec addition de laudanum, les bains sulfureux, les frictions sèches, les rubéfiants à la peau, les exutoires, indiqués surtout quand il y a eu des éruptions croûteuses; les tisanes mucilagineuses, gommeuses, seules ou mêlées aux eaux minérales gazeuses, sulfureuses ou ferrugineuses; les décoc-

tions de riz, les toniques légers, quand il n'y a pas de fièvre et que le ventre n'est pas douloureux (1), les astringents faibles, les absorbants, les opiacés à l'intérieur, etc. (2), complètent à peu près l'énumération des remèdes qui conviennent dans la période ultime des affections inflammatoires des organes gastro-intestinaux, moyens qui ne sont plus simplement le complément, mais qui forment la base du traitement que réclame toute affection lente de sa nature, et offrant ce cachet de généralité qui mène si directement à la médecine symptomatique.

Ici la médecine expectante marche de pair avec les ressources de l'art; il faut un peu voir venir. Vouloir écraser la phlegmasie par les antiphlogistiques à outrance, ou aller au-devant de la perte des forces par les toniques, c'est s'exposer à mener grand train à l'adynamie, ou à incendier les organes souffrants.

Les purgatifs, les astringents, les toniques et les opiacés ont joué et jouent encore un rôle trop important dans la curation des maladies du ventre, pour qu'en finissant de nous occuper

(1) Dans les diarrhées, quand il n'y a pas ou plus de réaction générale, les moyens qui conviennent d'avantage, suivant M. Baron, sont les substances amylacées, de légers astringents et les opiacés. Ce médecin emploie souvent avec succès les vésicatoires volants sur le ventre, ou des frictions irritantes. Quelquefois, quand la maladie persiste, il fait placer à demeure un vésicatoire à la cuisse.

(2) Ainsi l'on prescrit suivant l'état individuel et les indications, puis aussi *adjuvantibus*, soit quelques prises de rhubarbe ou de cachou, à la dose environ de 30 centigrammes, un ou deux grammes de thériaque ou de diascordium; soit enfin une des poudres suivantes conseillées par M. Trousseau:

Sous-nitrate de Bismuth } de chaque 5 grammes.
Poudre d'yeux d'écrevisse }

M. — 20 paquets; 2 par jour.

Biocarbonate de soude. . . . . . 10 grammes.
Sucre pulvérisé. . . . . 200 grammes.

Mêlez. Ce sucre servira à édulcorer le lait ou les tisannes des enfants qui vomissent et ont de la diarrhée.

de la thérapeutique de ces affections nous ne cherchions à nous rendre compte de leur action, des heureux effets qui leur sont ou peuvent leur être attribués; pour qu'enfin nous ne nous efforcions de préciser, autant qu'il dépendra de nous, les circonstances dans lesquelles ils peuvent être employés sans danger ou même avec espoir de succès.

Depuis ce grand pas de l'art de guérir, depuis la *localisation* des maladies, de celles du canal intestinal, l'on ne voit plus guère employer les stimulants dans la période d'*acuité* des maladies franchement et évidemment inflammatoires des organes gastro-intestinaux; et, au dire de tous les hommes impartiaux et de bonne foi, l'on doit, à cette concession aux vues rationnelles, de rencontrer moins de maladies graves, et cela parce qu'on en rend moins de telles. Ainsi, ce n'est plus guère qu'à l'égard des gastro-entérites, entérites et colites légères peu étendues et peu intenses, subaiguës; qu'à l'égard de celles où l'éréthisme général et local a été suffisamment émoussé; de celles où, par défaut de force du sujet, par manque d'intensité de la maladie, ou par l'effet d'un traitement débilitant préparatoire, les éléments inflammatoires se trouvent incomplets, disjoints et, dans tous les cas, animés de peu d'énergie; ce n'est, disons-nous, que dans de telles circonstances que sont encore conseillés et prônés les remèdes dangereux, bien que parfois favorables, dont nous nous occupons. Du reste, leur mode d'agir peut, physiologiquement, se comprendre et s'expliquer : comptant ou non, en effet, sur le concours des lois vitales, qui, selon l'heureuse expression de Broussais, constituent la providence intérieure des organes, par l'emploi de ces divers agents on peut arriver à modérer ou à ranimer convenablement l'excitation des points malades.

Des mesures, en quelque sorte, préventives contre l'inflammation consisteraient à s'opposer, à l'avance, aux congestions par des évacuations sanguines, et à apaiser ou prévenir l'éréthisme nerveux par l'emploi des opiacés, des calmants. L'inflammation se trouverait ainsi, de fait, combattue dans ses deux principaux éléments. Dans des cas du genre de ceux dont

il vient d'être question, quand on a lieu de compter sur l'absence ou le peu d'intensité de l'hypérémie, on peut donc concevoir comment les opiatiques réussissent.

L'action, non intime, moléculaire, mais telle qu'il est permis à nos facultés sensoriales de la saisir, l'action des résolutifs et des astringents, employés, en temps opportun, dans les inflammations externes, se passe trop journellement sous nos yeux, pour que nous n'en transmettions, par la pensée, l'explication à ce qui a lieu dans l'intérieur de nos organes, quand, dans des circonstances analogues, de semblables médicaments y sont dirigés. C'est en refoulant les fluides, en s'opposant à leur abord, que les astringents peuvent réussir, quand l'exaltation locale de la sensibilité ne contre-indique pas leur emploi. C'est en réveillant, en rétablissant à point l'excitation, que les toniques, que les résolutifs peuvent également bien faire; car, en définitive, ce sont les forces vitales qui opèrent les transformations, les dépôts, les éliminations, les dépurations, etc.

Enfin, reste à expliquer la possibilité de la réussite des purgatifs dans les dysenteries (vantés par Boerhaave, Zimmermann, Stoll), dans les diarrhées et, en un mot, dans les affections irritatives ou même complètement inflammatoires du tube digestif. Pour se rendre compte de tels résultats, il faut se rappeler : 1° qu'il est bien constant que l'irritation peut s'épuiser par le fait de la sur-activité des sécretoires et de l'élimination de leurs produits; 2° qu'en exaltant instantanément l'action des propriétés vitales on peut parfois espérer, par suite de ce coup de fouet, de les voir tendre à rentrer dans l'ordre physiologique; 3° qu'enfin les effets de la révulsion peuvent se réaliser, dans la continuité d'un même tissu, aux dépens des parties saines et à l'avantage des portions sur-irritées. Ainsi, quand on prescrit une purgation dans une des circonstances indiquées, où l'on compte déterminer une modification profitable dans la *vitalité* des organes malades, où l'on espère révulser l'irritation, l'attirer des surfaces souffrantes vers les parties saines, ou autrement par la décharge et l'élimination des produits dont la super-sécrétion a été provoquée par ces

grandes déperditions, on arrive aux mêmes fins que par suite de l'emploi énergique d'autres antiphlogistiques; mais il faut aussi se trouver suffisamment prévenu que ces remèdes peuvent facilement être employés à contre-temps, qu'ils peuvent ne pas agir dans le sens que l'on s'était promis, et qu'alors, enfin, ils peuvent faire beaucoup de mal, et mériter l'échange de l'épithète d'*heroïques* en celle d'*incendiaires*.

On peut donc se rendre à peu près compte des succès et des revers attachés à une médication dont la préférence n'est guère justifiée que par le succès.

§ VIII. L'affection gastrique ou gastro-intestinale, décrite sous les noms d'*état bilieux*, d'embarras saburral, de fièvre bilieuse, d'embarras des premières voies, caractérisée par la teinte jaunâtre de la langue, des ailes du nez; par la céphalalgie sus-orbitaire, un sentiment de plénitude, de pesanteur de l'estomac, les éructations, les nausées, les vomituritions, l'anorexie, etc... Cet état produit d'une irritation plus ou moins légère, séparée ou combinée, de l'estomac ou du duodénum, que des nuances cliniques, que des degrés du plus au moins différencient des gastrites légères, des gastrites chroniques, des gastralgies..., ne s'observe guère que par exception, que très-rarement chez les enfants (1). Constant, dans sa revue clinique de l'hôpital des Enfants, rapporte, il est vrai, deux observations d'affections analogues qui ont cédé à l'emploi des évacuants; mais il est à remarquer que dans l'un et l'autre cas il s'agissait non plus d'enfants, mais d'adolescents, de sujets de quatorze et quinze ans. Chez le premier, il existait une fièvre intermittente quotidienne, avec embarras gastrique, avec céphalalgie sus-orbitaire, légère teinte ictérique des conjonctives, des ailes du nez et des commissures des lèvres, malaise général; douleurs contusives dans les membres; langue large, humide, couverte d'un enduit jaune-verdâtre, bouche pâteuse; anorexie; soif modérée; endolorissement léger de la région épigastrique et de tout le reste du ventre, avec sou-

(1) *Gazette médicale* du 10 août 1833 et du 1er novembre 1834.

plesse de ce dernier; selles rares; toux peu fréquente, expectoration de quelques crachats muqueux; pouls à quatre-vingt-quatre. L'ipécacuanha dans ce cas a non-seulement fait disparaître tous les symptômes d'embarras gastrique qui se montraient durant l'apyrexie, mais a fait encore cesser les accès de fièvre intermittente.

Dans le second fait, dont le titre porte symptômes de fièvre bilieuse, emploi des vomitifs et des purgatifs, guérison, il s'agissait d'une ouvrière âgée de quatorze ans, d'une forte constitution, menstruée depuis un an, habitant Paris depuis un mois. Prise de céphalalgie, de courbature, de douleur de ventre, avec soif vive, anorexie, nausées sans vomissements, diarrhée (deux ou trois selles liquides en vingt-quatre heures); rougeur des bords de la langue, peau chaude et sèche, pouls à quatre-vingt-seize pulsations. L'ipécacuanha et l'eau de Sedlitz administrés au huitème jour de la maladie, eurent aussi dans cette circonstance d'heureux résultats.

Outre que les faits dont il est question se rapportaient, ainsi que nous l'avons dit, à des malades qui avaient passé l'époque de l'enfance, ces observations prouveraient peu par elles-mêmes en faveur de l'existence de l'état bilieux pendant la période du jeune âge : il s'agissait en effet dans le premier cas, non d'un état bilieux bien isolément établi, mais particulièrement d'une fièvre intermittente à laquelle se trouvaient seulement réunis, ainsi qu'il arrive fréquemment, les symptômes qui ont été indiqués. Le second n'avait évidemment trait qu'à une gastro-entérite, de l'existence de la quelle témoignaient la rougeur de la pointe et des bords de la langue, la sensibilité épigastrique et abdominale, la soif, les nausées, la diarrhée et la fièvre. Rien d'étonnant d'ailleurs, que dans toutes ces circonstances les évacuants, secondés de la diète et de l'usage des boissons aqueuses (moyens spécialement conseillés dans l'état bilieux, dans l'embarras des premières voies), ne puissent réussir, surtout quand l'affection est légère, que les sujets sont peu irritables et que la débilitation occasionée par une certaine durée de maladie, comme dans la dernière observation, à prémuni contre toute

réaction un peu sérieuse. Ainsi qu'il a été précédemment exposé, le mode d'agir de tels remèdes consiste dans une modification vitale imprimée localement, ou dans l'effet dynamique résultant de la décharge des organes secrétoires et de l'élimination de leurs produits.

§ IX. Parmi les causes des phlegmasies gastro-intestinales, nous avons accusé les aliments de mauvaise qualité, ceux individuellement contraires, ceux pris d'une manière inopportune, ou en excès : mais assez fréquemment ces infractions aux règles de l'hygiène ont pour seuls ou premiers résultats l'indigestion. Celle-ci est en effet essentielle ou symptomatique; c'est un trouble passager, subit et généralement peu grave dans l'acte de la digestion, et qui non fréquemment aussi constitue les phénomènes avant-coureurs de quelque maladie sérieuse.

Dans l'un et l'autre cas, les phénomènes morbides sont les suivants : malaise, anxiété, refroidissement, pâleur, vertiges, menaces de défaillance, nausées, éructations laborieuses, borborygmes; sensation pénible, pesanteur vers la région épigastrique, vomissements, quelquefois précédés d'accidents nerveux. Dans quelques circonstances, l'orage se passe particulièrement du côté des intestins. Il y a alors des coliques, des borborygmes, des flatuosités; puis arrive l'expulsion des gaz et des matières excrémentitielles. Ces symptômes accompagnent parfois les précédents ou les suivent. Lorsque l'estomac et les intestins sont débarrassés, il s'en suit un grand soulagement qui va jusqu'à un sentiment de bien-être, et tous les accidents locaux et généraux disparaissent; il ne reste plus qu'un peu de fatigue et de susceptibilité du côté des organes digestifs.

Les enfants délicats, ceux gâtés, auxquels, à tort et à travers, on prodigue des friandises, sont très-sujets à ce genre d'indisposition, susceptible de donner quelques inquiétudes par l'irritation locale, plus ou moins sérieuse, qu'il peut déterminer, par les troubles sympathiques de l'innervation qu'il peut susciter, et enfin par l'imminence des maladies dont il est assez souvent le signe précurseur.

On prévient quelquefois l'indigestion en faisant prendre une boisson aromatisée, de l'eau sucrée avec un peu de fleurs d'oranger et d'éther, une infusion de thé, de fleurs de tilleul, etc.

Mais quand l'indisposition complète paraît inévitable, les indications qui se présentent sont de favoriser ou de provoquer l'évacuation des substances indigérées, par l'ingestion de boissons aqueuses tièdes, parfois au moyen de l'administration de quelque dose d'ipécacuanha ou d'émétique, et mieux encore par la titillation de la luette ou du gosier.

Après le débarras des organes digestifs, on se borne à l'usage des boissons très-légèrement aromatiques (de l'infusion légère de thé, de fleurs de tilleul ou de feuilles d'oranger), ou si l'on craint quelque irritation viscérale, à celui des boissons adoucissantes et émollientes. On prescrit en même temps quelques lavements simplement aqueux ou émollients.

La continuation de ces moyens, pendant un temps individuellement variable, la diète et un régime léger, suffisent ordinairement pour dissiper toute sur-excitation accidentelle et ramener le rhythme physiologique dans les fonctions momentanément troublées.

§ X. Sans parler des phénomènes de l'indigestion considérés comme prodromes d'autres maladies, ce simple dérangement fonctionnel peut par lui-même occasioner d'autres affections. Nous avons déjà parlé des phlegmasies gastro-intestinales déterminées d'emblée ou consécutivement, et par la faute de soins ou celle d'un régime mal entendus; il nous reste à nous occuper de la *chute du rectum*, que, de même qu'à la suite de toutes déjections alvines répétées et avec ténesme, on voit assez souvent ici s'opérer chez les enfants. Cet incident résulte de la hernie que vient faire à l'extérieur la membrane muqueuse du rectum, lâchement unie aux autres tuniques de l'intestin. Le bourrelet formé à l'anus est plus ou moins épais, rouge, saignant, violacé suivant l'étendue du dédoublement de la membrane interne rectale, selon la plus ou moins grande disposition individuelle à ce renversement, et suivant le temps de sa durée, de la constriction, de l'étranglement. Billard observe

avec raison que les cris réitérés des enfants débiles, ou de ceux qui après une constipation opiniâtre, rendent tout-à-coup une grande quantité de matières fécales plus ou moins dures, que l'usage des purgatifs, et généralement, que toutes les causes qui tendent à pousser l'anus au dehors, sont susceptibles de disposer ou de donner lieu à cette sorte d'infirmité. D'après ces explications même, Billard avait tort de blâmer Underwood d'avoir considéré la chute du rectum comme parfois symptomatique de la présence de vers, car les oxyures vermiculaires de la fin de l'intestin, titillant, agaçant, irritant celui-ci, déterminent aussi ses contractions, son tenesme.

Aussitôt le renversement du rectum produit, il faut se hâter d'en opérer la réduction, en ayant la précaution de s'enduire préalablement les doigts de cérat ou d'huile, et mieux encore en se servant d'une compresse, d'un linge enduit de ces corps gras. La membrane herniée repoussée à travers l'anus, il faut s'en tenir simplement là; mais si le renversement avait une grande tendance à se reproduire, il conviendrait, au moins pendant quelques jours, de maintenir la réduction au moyen de compresses imbibées d'eau fraîche et d'un bandage en T, laissés en place dans les intervalles des garde-robes, tandis que pendant le passage des matières alvines, il faudrait s'efforcer, ainsi que le conseille Billard, de soutenir avec les doigts la circonférence de l'anus.

§ XI. L'excès d'aliments, ceux de mauvaise nature, déterminent aussi parfois chez les enfants des pesanteurs, des tiraillements, des douleurs d'estomac, des coliques plus ou moins vives. Ainsi, quand nous disions que les névralgies étaient excessivement rares pendant la période du jeune âge, nous entendions faire exception en faveur de telles exaltations locales de la sensibilité. Cet appareil symptomatique, il est vrai, fait parfois partie du cortége de l'indigestion, mais véritable gastro-entéralgie, il se développe aussi sous l'influence plutôt de la qualité que de la quantité des aliments, sous celle d'un refroidissement des extrémités inférieures, par suite aussi de l'ingestion de quelque boisson froide, le corps étant échauffé,

et dans toutes ces circonstances peut ne donner lieu à aucune évacuation, n'être accompagné d'aucuns des autres symptômes de l'indigestion. Ces sortes de gastralgies et d'entéralgies sont particulièrement très-communes chez les enfants; elles s'observent aussi chez les adultes, quoique différant des affections auxquelles, chez ces derniers, on a plus particulièrement réservé ces noms; car la gastralgie proprement dite offre une certaine persistance, elle a lieu avant ou après l'ingestion des aliments, qui la réveillent et plus souvent la calment; elle s'allie souvent à la gastrite chronique (1); puis au lieu de douleurs extraordinairement aiguës, revenant par accès irréguliers, et le plus fréquemment entretenues et suscitées aussi par une phlegmasie chronique, par un défaut de traitement ou des écarts de régime, comme dans les entéralgies ordinaires, ce sont plutôt, chez les enfants, des coliques passagères produites par de mauvaises digestions, quelquefois par la présence de vers et plus souvent encore par l'accumulation de gaz.

C'est à cette dernière cause que M. Jos. Parrish, de Philadelphie, attribue la maladie qu'il a décrite, en 1827, sous le nom de spasmes des intestins, chez les nouveau-nés. Dans cette affection, les intestins seraient le siége d'une grande irritabilité, et seraient atteints de névroses ou spasmes, par suite desquels les fonctions digestives seraient tout-à-coup troublées; trouble souvent aussi accompagné de convulsions, et se terminant par l'émission de gaz intestinaux. Ces accidents ne paraissent dus, en effet, qu'à la quantité de gaz qui distendent douloureusement le tube digestif, lequel finit par s'en débarrasser au moyen des contractions répétées de la tunique charnue. Billard est aussi de cette opinion, et ce qui lui prouve que telle est la cause de ces spasmes, c'est que les accidents cessent aussitôt après que l'expulsion des vents à eu lieu. M. Parrish est parvenu à faire sortir les gaz contenus dans les intestins, en introduisant dans le rectum une seringue vide, à

(1) On n'observe guère ces névroses avant l'âge de la puberté et plutôt encore chez les jeunes filles aux approches de la menstruation.

l'aide de laquelle il les attirait au dehors en retirant le piston.

On oppose aux précédentes indispositions, aux maux d'estomac, aux coliques, quelques boissons chaudes légèrement aromatiques; telle serait une infusion de fleurs de tilleul ou de feuilles d'oranger. On prescrit quelques cuillerées d'une potion d'eau distillée des mêmes plantes, avec addition de quelques grammes de sirop d'éther; les lavements ou demi-lavements émollients, avec quelques parties de tête de pavot, ou quelques gouttes de laudanum, réussissent parfaitement aussi. On conseille également les bains, les demi-bains, les applications chaudes , les fomentations, les cataplasmes sur le ventre ; et parfois on calme ces accidents et on en prévient le retour par l'administration, continuée pendant quelques jours, de bicarbonate de soude et de sous-nitrate de bismuth, par parties égales, et à la dose de trente ou quarante centigrammes dans les vingt-quatre heures.

§ XII. Les enfants exposés, ainsi que les adultes, aux émanations qui proviennent de certaines préparations de plomb, sont sujets à contracter la maladie connue sous le nom de colique de plomb. De toutes les préparations de plomb employées en pharmacie et dans les arts, le carbonate de plomb est celle qui paraît particulièrement empoisonner. La solution d'acétate de plomb, lors qu'elle est exposée à l'air, attire une certaine quantité d'acide carbonique qui la convertit partiellement en carbonate qui se précipite. Le docteur anglais Thomson, qui a particulièrement fait ces remarques (*transcat. med.-chirurg.*), conseille, pour éviter ce dernier inconvénient, d'ajouter au sous-acétate de plomb (très-sujet à se décomposer) un excès d'acide.

Dans cette affection le ventre est dur et rétracté, la constipation opiniâtre, les douleurs vives et poignantes ; il y a inappétence, nausées, vomissements bilieux, fétidité de l'haleine, borborygmes; lenteur du pouls, chaleur naturelle, face pâle, terreuse, tirée, exprimant la souffrance, crampes dans les membres, etc. Les préparations de plomb peuvent occasioner aussi divers accidents nerveux, tels que le délire, des convulsions

épileptiformes, des rigidités tétaniques, des paralysies, etc. M. Tanquerel (1), dit que la paralysie saturnine atteint plus fréquemment les membres thoraciques que les membres abdominaux. Il vante la strychnine contre cette paralysie. Le traitement antiphlogistique a parfois été opposé avec succès à la colique saturnine, mais c'est plus particulièrement quand il y avait quelque réaction générale et locale. La formule de la Charité, le traitement par les purgatifs, réussissent plus généralement. M. Gendrin a employé, en 1832, le limonade sulfurique contre la colique de plomb; d'après ce mode de traitement, on donne l'acide sulfurique à soixante-six degrés, à la dose de quatre grammes par litre de tisane (2). On administre d'abord un bain sulfureux, puis les jours suivants plusieurs bains alcalins : la diminution de la douleur aurait lieu, suivant M. Gendrin, dès le second jour, et la guérison vers le cinquième.

Dans la *Gazette médicale*, le docteur Constant avait publié aussi une observation détaillée de colique saturnine. Afin d'abréger nous ne ferons qu'en mentionner quelques uns des principaux points. Elle concernait un jeune ouvrier peintre, âgé de treize ans, qui avait déjà été atteint, il y avait à peu près trois mois, de coliques saturnines, et qui cette fois présentait une rechûte des plus graves, avec complication d'accidents du côté des centres nerveux. Les symptômes les plus remarquables furent, outre les douleurs entéralgiques, la céphalalgie, les contractures, les douleurs, les tremblements des membres sans paralysie, quelques accès épileptiformes, un délire passager et même de la fièvre. Quelques antiphlogistiques furent employés au début, et plus tard le traitement par les purgatifs et avec un plein succès. Néanmoins la durée de la maladie fut longue et dépassa un mois.

§ XIII. Les intus-susceptions constituent plutôt des dispositions morbides que des altérations organiques. Elles sont d'ail-

(1) *Traité des maladies saturnines*, 2e vol., Paris, 1839.

(2) *Traité des maladies saturnines*, t. I, pag. 352. — *Annales d'hygiène publique et de méd. légale*, t. 15, p. 5; t. 19, p. 5; t. 25, p. 463.

leurs communes chez les enfants ; et quand elles sont peu considérables, elles ne donnent lieu le plus souvent à aucun symptôme, se rencontrent même sur les cadavres d'individus qui ont succombé à des maladies tout-à-fait étrangères au ventre. L'invagination a lieu du bout supérieur dans l'inférieur, et elle pourrait paraître s'effectuer peu de temps avant la mort, car généralement elle n'est pas accompagnée de traces d'inflammation. Passé certaines limites, arrivées au degré de gêner ou d'interrompre le cours des matières, les intus-susceptions sont loin d'offrir un tel caractère de bénignité. Les signes qui les font alors présumer sont un écoulement sanglant par l'anus, la constipation et le vomissement de matières stercorales. Les insufflations d'air à l'aide d'un soufflet de cheminée ont quelquefois réussi comme moyen désinvaginateur. *The Lancet* (octobre 1840), publie une observation d'invagination intestinale arrivée chez un enfant de six mois, et où le volume extraordinaire de la partie invaginée mit le cas au-dessus des ressources de l'art. A l'autopsie, les intestins étaient fort distendus et chargés de matière comme dans l'inperforation de l'anus. L'on trouva dans le rectum, l'épiploon, le cœcum et quelques pouces d'iléon. Les principaux symptômes offerts pendant la vie avaient été des vomissements, des selles sanguinolentes, muqueuses et nullement stercorales, une faiblesse très-grande.

II.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Fièvre putride, synoque, typhoïde des anciens; fièvre muqueuse de Rœdrer et Wagler, putride adynamique de Pinel; dothinenthérie de M. Bretonneau; gastro-entérite adynamique, entérite folliculeuse ou pustuleuse de l'école physiologique; typhus fever des Anglais; abdominal typhus des Allemands, etc.

Les caractères symptomatiques de la fièvre typhoïde étaient connus des anciens; mais les caractères anatomiques se trouvaient complètement ignorés jusque vers 1811, époque où parut le *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* de MM. Petit et Serres.

Tel est assez généralement le tableau que l'on présente de la maladie : Au début, dérangements dans les digestions, anorexie, soif, peu de rougeur de la langue, un peu de diarrhée, malaise, lassitudes, céphalalgie, épistaxis, rêvasseries; assez souvent spasmes, soubresauts des tendons et délire même, quand l'invasion est brusque. Du troisième au cinquième jour, la figure prend un aspect de tristesse, l'air est hébété, il y a de la stupeur, quelquefois de l'assoupissement; le pouls est irrégulièrement vibrant, la respiration inégale, parfois accompagnée de toux; la peau sèche, la soif vive, la langue large vers la pointe, encroûtée à sa base, brune vers son centre; les dents fuligineuses; le ventre sensible, surtout vers la fosse iliaque droite, où parfois la pression produit du gargouillement; il y a du météorisme, de la diarrhée, plus rarement de la constipation : ces symptômes et les précédents se continuent en partie dans les périodes suivantes. Du neuvième au douzième jour, il se manifeste des taches lenticulaires et des sudaminas; du quatorzième au vingt-et-unième, le délire est presque continuel, le ventre est indolent ou très-sensible, ballonné, tendu ou flasque; les évacuations alvines sont plus ou moins fréquentes, jaunes, muqueuses, mêlées de pus, de sang, quelquefois noirâtres, fétides; la face est altérée, il y a de la prostration, du coma; le pouls est mou, irrégulier, et la mort survint enfin.

Les lésions principales correspondantes ont leur siége dans les follicules qui parsèment la muqueuse intestinale. Ces follicules sont isolés dans le duodénum et l'estomac (glandes de Brunner), mais agglomérés vers la fin du jéjunum, dans tout l'iléon et disposés en plaques elliptiques ou arrondies (glandes de Peyer), au nombre de trente ou quarante follicules. Dans leur plus grand diamètre, ces plaques peuvent avoir deux à trois pouces. Ces organules se trouvent sur le bord libre de l'intestin grêle, mais également sur le bord libre et adhérent du colon, où ils se rencontrent deux par deux, quatre par quatre ou en plus grand nombre.

Il est rare que les glandes de Peyer et de Brunner ne soient

pas simultanément affectées. Le point où commence la lésion est la fin de l'iléon et la valvule iléo-cœcale ; elle se propage ensuite de bas en haut.

Les autopsies les plus rapprochées du début de la fièvre typhoïde, datent du cinquième au huitième jour de la maladie ; à cette époque les follicules, colorés ou non, font saillie, forment des plaques.

Les follicules isolés malades se présentent sous la forme de petits boutons, s'élevant au-dessus du niveau de la muqueuse. Ils sont rouges au début, puis deviennent bruns. Ils peuvent s'affaisser ou disparaître promptement, ou bien rester longtemps stationnaires et passer à l'état chronique. Ils peuvant se transformer en une ulcération qui commence par le sommet et s'étend peu à peu jusqu'à la base. Le nombre de ces boutons est variable ; ils sont quelquefois discrets, quelquefois confluents à la manière de certaines varioles. La ressemblance est d'autant plus frappante, que l'ulcération du sommet des follicules leur donne la forme ombiliquée des pustules varioliques. D'autres fois, ils sont entièrement détruits et remplacés par des ulcérations qu'on dirait faites avec un emporte-pièce. Les lésions des follicules isolés caractérisent moins la maladie que celle des follicules agminés. Ceux-ci, peu appréciables dans l'état physiologique, se rencontrent pendant le cours de l'affection typhoïde sous la forme de plaques ovalaires ou arrondies d'un rouge vif ou brunâtre. Leur saillie n'est pas exclusivement due au développement des follicules qui les composent, mais à l'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux. Dans le cas où la maladie se termine par résolution, elles pâlissent et s'affaissent. Si, au contraire, le mal fait des progrès, il se forme des érosions qui s'étendent de plus en plus et transforment les plaques en ulcérations obrondes ; une auréole inflammatoire entoure la partie ulcérée. Quelquefois l'ulcération va jusqu'à la tunique péritonéale ; quelquefois enfin, à force de gagner en profondeur, elle détermine des perforations des parois intestinales (1). Des vaisseaux mésentériques peuvent

(1) Le docteur Caseneuve, chirurgien militaire, a publié dans la *Ga-*

être rompus, et donner lieu à des hémorrhagies également mortelles. Dès les premiers jours, les ganglions mésentériques se tuméfient et leur volume augmente progressivement; vers le dixième jour, leur surface est bosselée et rugueuse, leur tissu rouge et dur ; les follicules intestinaux représentent en quelque sorte des fongosités rouges, légèrement ulcérées vers leur sommet. Les ganglions mésentériques diminuent bientôt de volume et deviennent mous et violacés. Vers le quatorzième jour, la tuméfaction des follicules a encore gagné, la base des pustules qu'ils représentent, s'élargit; leur sommet excorié est teint par la bile, le centre est converti en une escharre. Vers le quinzième jour, ce bourbillon se détache et laisse à découvert une ulcération plus ou moins profonde. Plusieurs glandes du mésentère contiennent du pus, d'autres du pus sanieux, et un détritus comme gangréneux. Vers le dix-huitième jour, les ulcérations s'affaissent et se rétrécissent jusqu'au vingt-cinquième environ, où les glandes de Brunner et de Peyer se reconnaissent encore par leur couleur rosée, grisâtre, ou par des cicatrices récentes.

zette médicale de janvier 1838, un mémoire sur les perforations intestinales qui surviennent pendant le cours des fièvres typhoïdes. Selon ce médecin, les perforations intestinales constituent un accident assez fréquent des fièvres typhoïdes. Presque constamment l'ouverture de l'intestin est étroite. Elle a son siége aux environs de la valvule iléo-cœcale; les symptômes de cet accident sont ceux de la péritonite aiguë à divers degrés. L'auteur rapporte six observations de cette grave complication, et, ce qui paraîtra bien étrange, c'est qu'elle s'est montrée dans des fièvres typhoïdes légères, et à l'époque de la convalescence. Aussi croit-il devoir l'attribuer à un retour trop brusque, à des aliments solides. M. Louis cite huit observations (*Recherches sur la fièvre typhoïde*, Paris, 1841, t. 2, p. 325), MM. Chomel et Andral, Genest, Dubois en citent aussi quelques-unes. M. Taupin parle de quatre observations semblables recueillies chez des enfants. M. Caseneuve avoue que rarement, mais cependant quelquefois, ces perforations s'opèrent aussi de dehors en dedans. Il est difficile de concevoir que les ulcérations folliculaires creusent autrement qu'en profondeur et en largeur (de dedans en dehors) et il est probable que c'est à des cas analogues à ceux que nous citons plus loin, à des péritonites tuberculeuses que doivent être rapportées les perforations procédant inversement (de dehors en dedans).

Les ganglions mésentériques ont repris alors leur volume naturel, mais quelques-uns ont suppuré. Du trentième au quarantième jour, les ulcérations disparaissent complètement. Dans le plus grand nombre de cas, l'éruption parvenue au dixième jour, se termine par résolution et va en diminuant jusqu'au seizième ou au vingtième, après lequel il ne reste guère de trace de phlogose. Ainsi qu'il a été dit, le lieu de l'éruption semble être de préférence la fin de l'iléon et le commencement du cœcum. M. Bretonneau a reconnu que la guérison pouvait arriver après un simple exanthème des follicules, sans escharres, sans suppuration et sans ulcérations.

M. Andral ne partage pas l'opinion, assez généralement admise (et qui en particulier est celle de M. Bretonneau), que l'exanthème intestinal a une marche fixe, des périodes bien tranchées, de telle sorte que, connaissant la durée de la maladie, on puisse annoncer l'état dans lequel on trouvera les follicules. Selon ce médecin, on rencontre les follicules intestinaux affectés dans la phthisie, la scarlatine et le choléra-morbus. MM. Louis, Andral et Bouillaud ont cité des cas où, après tous les symptômes de la fièvre typhoïde, il n'était rencontré ni lésions pustuleuses, ni même aucune autre altération organique du côté des organes digestifs. D'autre part, on a prétendu que les caractères anatomiques précités correspondaient toujours à des symptômes de fièvre typhoïde, et que l'on n'a jamais observé cette affection au-dessous de l'âge de douze ans, ni chez les vieillards.

Dans le typhus contagieux, les taches pétéchiales apparaissent le quatrième jour, tandis que dans la fièvre typhoïde leur éruption ne se fait ordinairement qu'au neuvième. Mais, d'après l'opinion de plusieurs pathologistes, la fièvre typhoïde ne serait du reste qu'une modification du typhus nosocomial. M. Rostan, n'y voit qu'une seule et même maladie ; c'est du plus au moins. M. Gaultier de Claubry a rencontré, dans cette dernière maladie, des lésions intestinales analogues à celles que l'on observe dans la fièvre typhoïde.

Parmi toutes les citations qui précèdent, il n'en est aucune qui

concerne spécialement les enfants et dans les descriptions qui ont trait à la maladie dont il est question, et jusqu'en ces derniers temps, la première époque de la vie a été le plus généralement ou exclue ou omise. MM. Petit et Serres regardaient la fièvre typhoïde comme exclusivement propre à l'âge adulte. M. Andral avait pensé qu'on ne l'avait jamais observée au-dessous de l'âge de douze ans. M. Chomel dit, qu'à partir de l'âge de quinze ans, le nombre des enfants atteints de la fièvre typhoïde allait toujours en diminuant jusqu'à l'âge de dix ans, au-dessous duquel ils n'étaient que très-rarement atteints de cette affection.

Dans quelques autres publications qui ont paru, soit en Angleterre, soit en Allemagne, soit en France, et depuis environ 1820, s'il est plus directement question du premier âge, ce que l'on a cité sur ce sujet d'Abercrombie, de Vendt, d'Evanson et Maunsell, de Henke, est bien vague et peu défini. Nous avons déjà nommé M. Denis de Commercy et surtout Billard qui, dès 1828, exposait que l'inflammation de l'appareil folliculeux de l'intestin ne donnait lieu aux symptômes de la fièvre putride maligne, que chez les enfants déjà un peu avancés en âge, tandis que chez les plus jeunes, elle se montrait avec les caractères propres à l'entérite simple. Nous compléterons ce court historique par un coup d'œil sur les recherches les plus récentes, mais sur celles qui se rapportent plus particulièrement à l'enfance.

M. Taupin (1) trouve, ainsi que MM. Bretonneau, Thirial, etc., une grande analogie entre la fièvre typhoïde et les affections exanthémateuses; et, poussant plus loin le rapprochement, il admet que le jeune âge, particulièrement disposé aux exanthèmes, l'est également à la fièvre typhoïde pendant les semestres d'hiver de trois années, M. Taupin aurait pu rassembler près de cent faits dans l'une des deux divisions du service des maladies aiguës de l'hôpital des Enfants. De cette analogie dont parle ce médecin, il ne faudrait pourtant pas conclure que la

(1) De la fièvre typhoïde observée dans l'enfance, *Journal des connais. méd.-chirurg.* 9 et 10e 1839 et janvier 1840.

fièvre typhoïde est excessivement fréquente chez les enfants, qu'elle l'est autant que les fièvres exanthématiques. Le chiffre des maladies typhoïdes présenté par M. Taupin n'a rien en effet d'extraordinaire, et il n'y a même pas besoin de faire intervenir la possibilité d'endémies pour l'expliquer, car il se rapporte à un mouvement assez considérable de malades (1); et d'ailleurs, le nombre relatif des exanthèmes est incontestablement beaucoup plus élevé.

M. Taupin n'a pas vu de cas de fièvre typhoïde chez des sujets âgés de moins de deux ans. M. Littré (*Dictionnaire* en vingt-cinq volumes) en cite un, observé chez un enfant de vingt-deux mois.

Telles sont, en résumé, les dernières conclusions du premier de ces médecins : 1° Que la fièvre typhoïde est fréquente chez les enfants; 2° que les lésions anatomiques qui la caractérisent, chez l'adulte, sont également constantes dans l'enfance; que seulement l'ulcération des plaques de Peyer est plus tardive et la cicatrisation plus prompte; 3° que les symptômes sont les mêmes, à part une plus grande difficulté pour les reconnaître; 4° que les escharres se trouvent plus rarement chez les enfants; 5° que la durée de la maladie est la même à tous les âges; 6° que l'affection peut être légère ou grave, qu'elle peut présenter les formes cérébrale, pectorale, abdominale; 7° qu'on ne peut guère la confondre qu'avec la méningite; 8° qu'elle est moins grave chez l'enfant que chez l'adulte; 9° que le traitement par les purgatifs est celui qui convient le plus ordinairement.

Ce que dit M. Taupin sur la possibilité de confondre cette affection avec la méningite et les cas d'erreur analogue qu'il cite, viennent à l'appui de ce que nous avions précédemment exprimé sur la prédominence fréquente des symptômes cérébraux dans la fièvre typhoïde chez les enfants.

En regard de la neuvième déduction, savoir que le traitement par les purgatifs, est celui qui convient le plus ordinairement, nous placerons d'abord ces réflexions de M. le doc-

(1) Le chiffre annuel des maladies aiguës est d'environ trois mille.

teur Taupin lui-même, au sujet du mode de traitement qu'on doit préférer dans la fièvre typhoïde : « *Il ne faut, je crois, accorder de confiance à ce moyen d'appréciation (méthode numérique), que quand on peut l'appliquer sur une grande échelle et je ne me trouve pas dans une position favorable pour le faire. Je n'ai pas un nombre égal, à beaucoup près, de faits semblables, de malades placés dans les mêmes conditions et traités par des méthodes différentes. Si j'établissais comme il convient en pareil cas, des divisions relatives au sexe, à l'âge, à la constitution des enfants, à la forme de la maladie, à l'époque à laquelle on a commencé le traitement, chacune de ces catégories contiendrait un nombre trop faible de sujets, pour avoir quelque valeur.* »

Nous observerons ensuite que dans les faits dont il s'agit, le traitement purgatif a été mis en usage, non-seulement seul, mais aussi *uni aux évacuatious sanguines, aux vomitifs, aux toniques, etc.*.

MM. Rilliet et Barthez ont cherché à prouver de nouveau, dans un mémoire publié dans les Archives de médecine, que dans le jeune âge aussi bien qu'aux autres époques de la vie, se retrouvaient les lésions qui constituent les caractères anatomiques de la dothinenthérie. A la suite d'un nouvel article (1) ces médecins exposent que les lésions intestinales dans les observations qu'ils relatent de fièvre typhoïde, étaient de nature inflammatoire. Que chez les jeunes enfants cette dernière affection et l'entérite tendaient à se confondre, et qu'à partir de cet âge, elles s'isolaient l'une de l'autre, pour constituer chez l'adulte deux maladies tout-à-fait distinctes.

Ces propositions diverses avaient déjà été antérieurement demontrées et établies, mais elles se trouveraient ainsi confirmées de nouveau. Du reste, le but de l'article en question est encore de prouver que l'on peut observer pendant la vie, la majeure partie des symptômes qui appartiennent à la fièvre typhoïde, sans que l'examen des organes après la mort, révèle aucune lésion des plaques de Peyer. La première observation dans laquelle, à la suite de fièvre d'agitation, de délire, de sen-

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (avril 1841).

sibilité et de développement du ventre, avec diarrhée, etc., on trouva une injection assez marquée du cerveau et de ses enveloppes ; une coloration d'un brun rougeâtre dans des points, et grise dans les autres, de la membrane muqueuse stomacale ; une teinte brune et une injection assez prononcée dans diverses régions de la surface muqueuse, intestinale, etc., etc. Cette observation pourrait plus particulièrement encore être citée à l'appui de ce que nous avions dit *que les gastro-entérites ordinaires, avec symptômes d'irritation encéphalique, offraient souvent chez les enfants beaucoup de ressemblance avec les dothinenthéries.*

Dans leur seconde observation, MM. Rilliet et Barthez, après avoir observé de la douleur dans la fosse iliaque droite, avec ballonnement, dévoiement, langue collante, rouge à la pointe, nez croûteux, lèvres sèches, fièvre vive, sudaminas nombreux, une tache rosée, lenticulaire ; rencontrèrent à l'autopsie une inflammation très-intense de la partie inférieure de l'intestin grêle et de tout le gros intestin, une gangrène limitée à quelques portions du lobe supérieur du poumon droit.

Si cette observation et la précédente étaient aptes à prouver que l'on peut rencontrer chez les enfants des fièvres typhoïdes sans lésions anatomiques spéciales, elles le seraient non moins à témoigner que certaines affections graves, compliquées, peuvent simuler chez eux la fièvre typhoïde. Telles sont plus particulièrement d'ailleurs les inflammations intenses des voies digestives, compliquées de symptômes d'irritation cérébrale; ces affections compliquées en outre de pneumonie et surtout de pneumonies gangréneuses; car la prostration, l'adynamie, ajoutent encore alors à la ressemblance. M. Rilliet se rapprocherait de cette opinion, ou du moins s'en serait rapproché; car dans une monographie (1) qui a précédé l'article dont nous venons de parler, il disait (pag. 70), à propos de la possibilité de confondre d'autres affections avec la fièvre typhoïde : « Dans d'autres cas, l'erreur est encore plus aisée, car ce n'est plus à un mouvement fébrile continu dont on

(1) F. Rilliet, *De la fièvre typhoïde chez les enfants*, thèse, Paris, 1840.

cherche l'explication qu'on a affaire, c'est à la majeure partie des symptômes de l'affection typhoïde, et à l'autopsie, au lieu de rencontrer des altérations intestinales, comme on s'y attendait, on trouve une gangrène des poumons. »

M. Rilliet avoue aussi que l'on peut confondre et que l'on confond souvent avec la fièvre typhoïde, la méningite et en général les maladies qui déterminent des troubles sympathiques du côté de l'encephale.

Toutefois cette ressemblance a plutôt lieu de la fièvre typhoïde à la méningite qu'inversement (1). Nous avons déjà

(1) MM. Taupin et Rilliet s'accordent au sujet ne la manifestation des vomissements vers le début de la fièvre typhoïde, phénomènes que l'un et l'autre auraient vu survenir dans environ la moitié des cas soumis à leur observation. La fréquence de ces symptômes formerait un point de contact de plus entre l'affection dont il s'agit, et la méningite, ou méningo-encéphalite.

Si l'on tient à établir les distinctions de *plaques molles* et de *plaques dures* de M. Louis, la forme la plus commune chez les enfants de l'altération des plaques, serait celle décrite sous le nom de plaques molles; car sur cent cas environ, M. Taupin n'aurait trouvé que trois fois *les plaques dures*, et M. Rilliet (thèse citée), dans trois ou la mort a eu lieu à une époque très-rapprochée du début, et contrairement à ce que l'on observe chez l'adulte en pareille circonstance, aurait rencontré aussi les mêmes sortes de plaques. Quant au gonflement et au ramollissement de la rate, signalés par quelques auteurs, nous sommes de l'avis de M. Andral (*Cours de pathologie interne*, t. 1er, p. 37), et de tant d'autres, qui ne regardent pas les altérations de cet organe comme particulières à la fièvre typhoïde.

Les sudaminas s'observent chez les enfants dans beaucoup d'affections fébriles, surtout pendant les chaleurs et sans que l'on puisse assigner à cette éruption quelque valeur. M. Taupin, sur cent vingt jeunes typhisés, n'aurait rencontré que six fois des épistaxis. M. Andral cite (*Clinique médicale*, tom. 1, p. 371), un cas de variole confluente avec taches pétéchiales, manifestées le neuvième jour entre les pustules. Dans des fièvres typhoïdes on observe parfois des éruptions qui diffèrent des taches lenticulaires (obs. 109). Dans l'observation 84, empruntée à Constant, il y avait eu épistaxis, sudaminas et taches lenticulaires, et néanmoins on ne trouva aucune lésion du côté de l'intestin, mais une gangrène du poumon. Dans un autre fait publié par le même médecin dans la *Gazette médicale* du 16 mai 1834, concernant un enfant de

eu l'occasion de faire la remarque de ces rapports de symptômes avec des lésions diverses, et de l'identité possible d'altérations anatomiques avec des troubles fonctionnels différents. Les observations 107, 108 et 109, que nous avons précédemment rapportées, sont ausssi des exemples d'altérations caractéristiques isolées de dothinenthérie, avec symptômes de méningite. D'autre part nous avons cité (obs. 84), un cas de gangrène pulmonaire, avec symptômes typhoïdes, absence des lésions spéciales du côté de l'intestin, et indiqué un fait analogue rapporté par MM. Rilliet et Barthez. Nous rappelons également que dans nos observations 1, 3, 12, 13, les symptômes de méningite étaient tout-à-fait évidents ou prédominants, les lésions anatomiques confirmatives de cette dernière affection évidentes aussi, mais qu'il existait concurremment des altérations soit des follicules isolés, soit des plaques; que dans les observations 69 et 70, ces derniers caractères anatomiques furent également rencontrés ainsi que ceux propres à la pneumonie tandis que pendant la vie il s'était seulement manifesté les symptômes relatifs à cette dernière maladie, quelques-uns de ceux appartenant aux inflammations ordinaires des organes digestifs, et d'ailleurs nul symptôme, soit cérébral, soit typhoïde; que dans l'observation 72 où, ainsi que dans les précédentes, il existait des *plaques ulcérées*, se manifestèrent, il est vrai, quelques symptômes typhoïdes rares, ou plutôt cérébraux et sous la double influence d'une phlegmasie grave du poumon et de l'incubation d'une fièvre éruptive. Enfin dans les observations 113 et

huit ans, affecté de fièvre typhoïde, on n'avait observé ni sudaminas, ni taches rosées. Ces épiphénomènes n'existaient pas non plus dans plusieurs faits que nous avons cités où il y avait lésion des follicules, lésion des plaques; d'autre part, ainsi que nous l'avons remarqué précédemment, on rencontre encore assez fréquemment chez les enfants des altérations pathologiques des glandes du mésentère, en même temps que des affections simples non pustuleuses des intestins, et également des plaques même ulcérées sans mésentérites. Les pétéchies, dit Billard, p. 105, s'observent souvent chez les enfants faibles et mal nourris. M. Becquerel (*Recherches sur la méningite des enfants*, Paris, 1838) a trouvé plusieurs fois des taches lenticulaires chez des sujets affectés de méningite.

114 il n'avait été reconnu que des symptômes appartenant à la pneumonie et à l'entéro-colite, et se trouvèrent encore néanmoins à l'autopsie les lésions attribuées à la fièvre typhoïde. Ces faits et tant d'autres prouveraient donc que si les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde peuvent exister sans les lésions anatomiques spéciales, pareillement ces lésions peuvent se rencontrer sans les phénomènes particuliers attribués à cet état morbide. Mais il y a cette distinction à faire, que chez les enfants il est plus commun de rencontrer les altérations anatomiques sans les symptômes, tandis que chez les adultes c'est le contraire qui a lieu ; ce sont les phénomènes typhoïdes qui prédominent en fréquence et en intensité.

De ce qui précède, de nos recherches et de l'examen de celles des autres observateurs, il résulte pour nous que les symptômes et les lésions de la fièvre typhoïde se rencontrent également pendant l'enfance ; que les lésions anatomiques peuvent n'être accompagnées que des symptômes de l'entérite simple, ce qui est plus particulièrement commun chez les enfants en bas âge ; que ces lésions peuvent, et c'est surtout chez ceux plus âgés, être accompagnées de symptômes cérébraux tellement tranchés, prédominants, qu'ils se confondent avec ceux de la méningite ou de la méningo-encéphalite ; que pendant l'existence de ces mêmes lésions peuvent ne se manifester seulement que des troubles fonctionnels résultant d'affections étrangères au cerveau et aux organes digestifs; qu'inversement on peut observer les symptômes typhoïdes en regard seulement des traces anatomo-pathologiques d'une phlegmasie ordinaire, d'une phlegmasie érythémateuse de la membrane muqueuse intestinale ; rencontrer même ces symptômes avec abscence de lésions anatomiques gastro-intestinales, et seulement en compagnie de celles appartenant surtout à la méningite et à la pneumonie gangréneuse ; que les symptômes typhoïdes et les altérations des follicules et des plaques peuvent s'isoler; ainsi que loin de pouvoir toujours être localisés à l'aide de ces dernières traces, ces symptômes, à l'instar de ceux nommés adynamiques, ataxiques, de ceux attribués à la résorption purulente, ont plutôt un

cachet particulier susceptible de s'imprimer sur certains états morbides ; que les circonstances les plus propres au développement de ces phénomènes spéciaux paraissent se rencontrer, dans la majorité des cas, lors de l'altération pathologique des glandes de Peyer et de Brunner, dans l'entérite folliculeuse. Il demeurerait du reste évident que ces symptômes ne se présenteraient toujours ni au même degré, ni en même nombre ; que les lésions anatomiques seraient susceptibles d'offrir la même instabilité.

Ce ne serait en définitive qu'au groupe ou à la réunion de la majeure partie des symptômes et des lésions caractéristiques indiquées, que semblerait devoir être réservée la désignation de fièvre typhoïde ; mais quand l'un ou l'autre des éléments viendrait à manquer, la dénomination d'entérite-pustuleuse ou folliculeuse conviendrait d'une part en l'absence des symptômes spéciaux; tandis que de l'autre, lors de la seule production de ceux-ci on ne verrait qu'une forme, qu'un état général, que des phénomènes putrides ou typhoïdes compliquant une autre maladie.

Prétendre qu'il y a toujours fièvre typhoïde, quand cette individualité est, pour ainsi dire, toute disloquée, quand des lésions et des symptômes convenus il ne reste plus que quelques bribes, quand les uns ou les autres font entièrement défaut; ce serait confondre la ressemblance avec l'objet; il en résulterait dès-lors une sorte de tendance à l'unité pathologique : il n'y aurait plus qu'un seul état morbide, Protée aux mille formes, ce serait toujours, ce serait sans cesse la fièvre typhoïde.

Du reste tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature de cette dernière affection; pour les uns la lésion intestinale rend compte de tous les symptômes; il y a toujours proportion entre l'étendue de l'altération et la gravité des symptômes, enfin toute la maladie est dans le canal intestinal; les troubles de l'innervation et de la circulation sont purement sympatiques et ils n'admettent pas de différence entre l'entérite folliculaire et la gastro-entérite. Selon d'autres, la lésion des follicu-

les intestinaux est primitive; elle se montre dès le début; elle est le point de départ des troubles de l'innervation et de la circulation; mais cette altération n'est qu'un effet d'une cause générale, et ils comparent sous ce rapport l'entérite folliculeuse aux exanthèmes fébriles dans lesquels la lésion de la peau n'est qu'un simple élément pathologique d'un état général. Une foule de médecins ont d'ailleurs combattu la localisation (1) de la fièvre typhoïde. Il y a trop d'identité entre les symptômes qui surviennent dans cette affection et ceux qui se développent quand on a injecté des matières putrides dans l'intestin, dit M. Delarroque, pour que l'étiologie des accidents soit différente dans les deux cas. Dans l'un comme dans l'autre il y a résorption de substances délétères, aussi se manifeste-t-il également des symptômes putrides et ataxiques. Ces idées sont justifiées en apparence, ou du moins l'ont été parfois par la thérapeutique que ce praticien emploie et qu'il prétend diriger contre la cause matérielle à laquelle il attribue les différents accidents qui caractérisent les fièvres typhoïdes.

De cette variété de nature que l'on a supposé à l'affection dont il s'agit, devait en effet nécessairement et logiquement dériver une variété non moins grande dans les traitements qu'on lui a opposés. Tandis que les uns la combattaient par les toniques et les purgatifs, que d'autres l'abandonnaient à sa marche fatale, se contentaient de la médecine expectante, les médecins convaincus de la nature inflammatoire de l'affection typhoïde, lui opposaient un traitement antiphlogistique. Au traitement de l'entéro-mésentérique typhoïde (ainsi qu'il l'ap-

(1) Prétendre que les caractères symptômatiques et anatomiques de cette maladie sont constants, simultanément constants, que les faits qui ne les comprenaient pas avaient été mal observés, serait s'attribuer modestement le monopole de la bonne observation.

M. Pidoux, dont l'argumentation précise et nerveuse doit laisser aux partisans exclusifs de la localisation de la fièvre typhoïde, plus d'une inextricable objection, a en effet publié sur ce sujet, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de mai 1839, p. 204, des considérations que nous recommandons au lecteur.

pelle), comme à celui des autres maladies aiguës, M. Bouillaud applique, depuis plusieurs années, les saignées formulées coup sur coup. Il aurait obtenu de la sorte, dans ses salles de clinique, beaucoup de succès (1), mais chez les adultes. Une des conditions de réussite, selon ce médecin, est d'agir dès le début de l'entéro-mésentérite ; car si l'on prétendait ne devoir donner le nom de fièvre typhoïde qu'à la maladie parvenue à la période dans laquelle se montrent les phénomènes adynamiques, la prostration, la stupeur, la fuliginosité des lèvres et des dents, les escharres, etc... En ce cas M. Bouillaud avoue n'avoir jamais prétendu guérir une affection parvenue à une époque où toutes les médications échouent également.

Il paraîtrait toutefois que même dans la fièvre typhoïde avec forme abdominale, avec point de départ du côté de l'intestin, avec gastro-entérite, cette dernière serait quelquefois de nature à recevoir une modification avantageuse de la stimulation des évacuants, et que sous cette influence la résolution s'opèrerait, et avec elle l'extinction d'autres foyers morbides qui viennent en quelque sorte s'user dans la sur-sécrétion de l'appareil digestif.

Assez souvent aussi les évacuations sanguines, employées dans la première période de la fièvre typhoïde, deviennent très-utiles en maîtrisant l'élément inflammatoire et en soulageant les organes parenchymateux du poids des congestions.

M. Magendie (2) a cité des expériences faites sur les animaux qui tendraient à établir que la soustraction de la fibrine finit par déterminer des lésions d'organes, des ulcérations intestinales, en un mot les altérations pathologiques que l'on trouve dans la fièvre typhoïde. M. Serres, tout en avouant la singularité de ce fait, soutint (dans cette même séance) que la défibrination du sang n'était pas la cause première de la fièvre grave chez l'homme, car les autopsies dans les cas de chlorose, de scorbut, de rachitisme, dans les cas d'anémie,

(1) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, Paris, 1837, t. I, pag. 5 et suiv.

(2) Séance de l'Académie des sciences du 15 janvier 1838.

d'hémorrhagies passives, etc., n'ont nullement démontré l'existence non-seulement d'affection des follicules intestinaux, mais d'aucune autre lésion caractéristique.

C'est d'après cette théorie, sur la défibrination du sang, que M. Piedagnel conseille l'emploi des acides dans le traitement de cette affection.

M. Boudin, médecin de l'hôpital militaire de Marseille, dit (1) avoir administré avec succès le nitrate d'argent en pilules ou en injections, dans la fièvre typhoïde (dix à treize grains par traitement); il aurait employé ce sel (auquel il attribue une propriété antiphlogistique héroïque sur les membranes muqueuses) dans plus de trois cents cas et n'aurait éprouvé que deux pertes sur cinquante malades.

M. Trousseau emploie, depuis peu de temps, à l'hôpital Necker, la solution de nitrate d'argent (en lavement ou dans des potions) pour arrêter les diarrhées chez les enfants à la mamelle. Il vante beaucoup le succès de ce moyen.

M. Louis blâme l'emploi des vésicatoires dans la fièvre typhoïde; ils augmenteraient, selon ce médecin, la fièvre et l'irritation, produiraient localement la gangrène.

M. Rostan a remarqué, au contraire, à la suite de leur emploi, un ralentissement dans la fréquence du pouls, une sédation manifeste de la circulation.

M. Chomel, partisan des toniques et des chlorures dans le traitement de la fièvre typhoïde, s'en laisserait néanmoins imposer par la forme inflammatoire du début, car il pratique presque toujours alors une ou plusieurs saignées, et bien qu'il ait professé que le traitement tonique n'était jamais plus sûr et plus prompt dans ses résultats que lorsqu'il était employé d'emblée.

Le secret de la réussite de tous les traitements, conseillés d'une manière absolue, ne saurait néanmoins s'expliquer scientifiquement qu'en faisant intervenir la supposition de conditions différentes relatives aux formes, aux degrés, aux phases varia-

(1) *Gazette médicale* du 17 décembre 1836.

bles de la maladie, à la constitution régnante, à l'état individuel, à la résistance vitale, etc.; car il faudrait oublier tout ce que l'on a appris avant d'admettre que dans les circonstances avec réaction générale et locale, avec sthénie, avec faiblesse, avec adynamie, que dans celles avec symptômes putrides, ont ait prescrit à tort et à travers les toniques, les purgatifs, les anti-sceptiques, les anti-spasmodiques, les astringents et les évacuations sanguines, pris précisément le contre-pied des indications et réussi.

Quant au traitement absolu par les purgatifs, par les saignées répétées, par les chlorures..., nous dirons que généralement peu partisans des méthodes exclusives qui tendent à substituer à la science des indications, la mémoire de deux ou trois formules, nous les approuvons particulièrement peu ici, chez les enfants où les complications sont si fréquentes, les lésions si rapidement profondes et irrémédiables, où la faiblesse ôte si promptement des ressources, ou enfin l'opportunité d'agir convenablement est si grande. C'est d'autant moins le cas de tenter ces essais et de courir ces risques, que l'efficacité de ces remèdes par série n'est rien moins qu'absolument prouvée, même à l'égard des âges suivants, où les inconvénients des fausses portées sont moindres.

L'étude et l'appréciation des symptômes nous sembleront toujours en thérapeutique le guide le plus sûr. Nous renvoyons à ce qui a été dit, dans le chapitre précédent, au sujet des différents modes et modifications de traitements, en nous bornant à exposer que dans la première période ce sont généralement les émollients et les émissions sanguines qui conviennent, mais toutefois ces dernières avec quelque réserve. Dans les périodes suivantes, quand l'inflammation a baissé, quelques laxatifs, afin d'évacuer les matières putrides; quelques légers excitants, entremêlés de quelques applications de sangsues à l'anus, ou vers la fosse illiaque droite; les dérivatifs vers les extrémités inférieures; les bains avec affusions froides pour combattre les symptômes ataxiques, les excitants à l'intérieur et vers la périphérie du corps pour s'oppo-

ser à l'adynamie (en songeant que les excitants trop énergiques peuvent accélérer la suppuration des pustules), etc., font partie des moyens assez communément employés.

C'est le lieu de répéter avec Broussais (1) : « Modifier convenablement la vitalité des points d'irritation est le seul parti qui soit raisonnable, même dans l'altération présumable des humeurs, et c'est aux lois vitales qu'il faut s'en rapporter pour la recomposition des solides et des liquides. »

Dans les cas de perforations intestinales ou pneumo-pleurales, M. Chomel conseille l'opium à haute dose. Ce moyen calme la vive douleur et jette l'organisme dans un état d'insensibilité et d'inertie; il prévient, en outre, les contractions musculaires et fibrillaires; cependant la mort n'est pas moins à peu près certaine, et M. Chomel en fournit lui-même les preuves. Dans la *Gazette médicale* du 20 septembre 1834, M. A. Boyer rapporte, en effet, deux observations de fièvre typhoïde terminée par la mort; faits recueillis à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Chomel. Dans l'une et l'autre il y eut perforation de l'intestin, péritonite sur-aiguë et administration de l'opium à haute dose.

III.

PÉRITONITE, PÉRITONITE TUBERCULEUSE, CARREAU.

La péritonite aiguë n'offre rien de particulier chez les enfants. Cette affection arrivant d'une manière essentielle, est beaucoup plus rare chez eux que celle qui s'unit à l'entérite, que celle qui survient à la suite de perforations intestinales, que la péritonite sub-aiguë et chronique, que la péritonite tuberculeuse, compliquée ou non de carreau. Le refroidissement subit, les contusions locales, l'ingestion de boissons froides, le corps étant en sueur, une disposition spéciale de l'économie... Telles sont assez vaguement les causes assignées, dans la pathologie des enfans, à la péritonite simple. Les symptômes de cette maladie sont également un état fébrile avec fris-

(1) *Examen des doctrines médicales.*

sons au début, une douleur vive circonscrite, ou sourde et assez générale, mais bientôt s'exaltant au point de rendre toute pression, tout attouchement insupportables ; sensibilité locale qu'exaspère encore la toux et toute contraction des muscles du ventre. Il se manifeste aussi un certain développement de cette cavité avec sonoréité, résonnance au début et matité plus tard. L'explication de ce double phénomène est, en premier *lieu*, la distension des intestins par les gaz, par suite du défaut de contraction de leur tunique musculaire, contraction trop douloureuse pour qu'elle puisse s'effectuer; puis consécutivement la production de l'épanchement dans la cavité du péritoine. Les vomissements bilieux, porracés, la constipation, l'altération des traits existent d'ailleurs fréquemment encore.

Si la maladie prend un cours favorable, la peau passe de l'aridité à la moiteur, l'intumescence du ventre diminue, les évacuations deviennent plus faciles, le pouls perd de sa fréquence; il est moins petit et serré; la physionomie prend un meilleur aspect, etc. Dans les circonstances opposées, *le facies* s'altère de plus en plus, les traits sont grippés, les yeux caves, la peau sèche, le ventre tendu douloureux et plus tard flasque et indolent, par suite de l'insensibilité et de la prostration générales. Enfin, comme derniers signaux de détresse, se manifestent assez souvent des mouvements convulsifs partiels, plutôt que généraux, des déjections involontaires, des sueurs froides. La mort arrive, assez ordinairement du dix au douzième jour, quelquefois plus tôt, du quatrième au sixième ; mais c'est plus particulièrement alors quand la maladie est due à des perforations intestinales.

Comme chez les adultes, on trouve à l'autopsie, du pus séreux, jaunâtre, floconneux, en plus ou moins grande abondance. Quand l''inflammation est bornée au bassin, ou à toute autre région limitée, le liquide est moins abondant et offre davantage les caractères du pus. Quand la phlegmasie a marché très-rapidement elle ne laisse parfois après elle que des rougeurs plus ou moins étendues et prononcées. Quand la péritonite s'est étendue principalement entre les circonvolutions in-

testinales, on y trouve des exsudations plastiques, ou des fausses membranes plus ou moins molles ou résistantes, suivant la durée de la maladie, et réunissant plus ou moins complètement en paquet les anses intestinales. Le tissu sous-péritonéal et la surface de l'intestin, aux lieux où en particulier a sévi la phlogose, sont injectés et les lambeaux que l'on détache du péritoine sont moins transparents.

La péritonite peut être locale, bornée à une seule région : dans celle qui siége vers la périphérie du foie, le ventre est moins tendu, les vomissements sont très-fréquents, l'affection pourrait être prise pour une hépatite ou une pleurésie ; mais l'hépatite est excessivement rare chez les enfants et presque inconnue même dans leurs hôpitaux. Il y a du reste, comme dans cette affection, douleur à l'épaule droite et à l'hypocondre correspondant quand on le presse. Dans la péritonite épiploïque, il y a sensibilité à la région épigastrique, vomissements et enfin quelques-uns des symptômes de la gastrite. Enfin quand la péritonite occupe le bassin il ny a pas de ballonnement.

Des péritonites consécutives viennent parfois compliquer les maladies des organes pulmonaires, et elles sont ordinairement très-fâcheuses. Celles qui résultent de perforations intestinales, les péritonites sur-aiguës produites de dedans en dehors ou inversement, suivant que des altérations intestinales, ou le ramollissement de quelque tubercule sous-péritonéal ont donné lieu à des ouvertures accidentelles, sont incessamment et immanquablement mortelles. Les péritonites sub-aiguës qui surviennent pendant le cours d'autres affections, sont très-souvent obscures et non moins fréquemment funestes ; il y a rarement, dans ces cas, des vomissements, mais peu de douleurs ; le ventre se météorise, l'état général s'aggrave et la mort ne tarde pas d'arriver. On voit surtout dans des circonstances épidémiques, des sujets très-faibles être pris de ces graves complications et être emportés en quarante-huit heures. Toutes ces variétés y compris la péritonite chronique, sont beaucoup plus communes chez les enfants que l'inflammation aiguë simple du péritoine. Dans l'état chronique, le malade maigrit ; dépérit, de loin en loin il

éprouve des nausées, des vomissements, de la diarrhée ; il a une fièvre modérée ; la réaction générale peut même manquer, du moins pendant certaines phases de la maladie. Le ventre se ballonne, la percussion fait entendre un son mat, et cependant le liquide épanché est assez souvent en médiocre quantité ; mais quand on palpe avec soin, très-fréquemment, on trouve des inégalités, des corps durs appartenant aux épiploons et surtout au mésentère. Ces indurations résultent de l'altération organique, de la dégénérescence tuberculeuse des glandes lymphatiques correspondantes, lésion qui constitue la maladie, assez vaguement désignée sous le nom de carreau ; affection que, suivant quelques médecins, on pourrait sans inconvénient rayer des cadres nosologiques. Il est de fait qu'en explorant avec soin les cadavres des malades qui ont succombé après avoir présenté pendant la vie l'ensemble des symptômes attribués à cette maladie, on trouve les lésions anatomiques les plus variées. Tantôt c'est un simple ramollissement de la muqueuse intestinale, tantôt à ce genre d'altération, à celles du tube digestif est jointe la dégénerescence tuberculeuse, des ganglions mésentériques. Enfin la péritonite tuberculeuse se traduit aussi presque constamment au dehors, par l'ensemble des symptômes que l'on a désignés comme appartenant au carreau. Ce qui en définitive permet d'établir que ni la péritonite chronique, ni la péritonite tuberculeuse, ni le carreau n'existent guère isolément ; que la plupart du temps ces affections s'unissent entre elles ; que toujours elles s'accompagnent de phénomènes morbides gastro-intestinaux, dont les traces anatomiques sont constantes; dernières complications qui, dans les cas de péritonite tuberculeuse, peuvent être consécutives, l'être surtout aux perforations de dehors en dedans, occasionées par celle-ci, mais qui précèdent habituellement le développement du carreau auquel elles ne sont rien moins qu'étrangères.

Nous plaçons ici quelques observations de carreau et de péritonite tuberculeuse avec ou sans perforations intestinales.

CENT SEIZIÈME OBSERVATION.

Péritonite tuberculeuse. — Carreau (tubercules bronchiques, pulmonaires, mésentériques et rénaux).

Renevé (Jean-Baptiste), âgé de quatorze ans, fut admis, le 22 février 1826 ou 27, à l'hôpital des Enfants. Il toussait depuis huit mois, était malade depuis huit jours, avait de la diarrhée depuis quatre ou cinq. Pouls, cent seize pulsations par minute; ventre non douloureux; toux; poitrine moins sonore à gauche. Le 28, sans cause appréciable, vomissements de matières verdâtres; langue rose; ventre ballonné, sonore, très-douloureux à la plus légère pression; deux selles liquides; peau chaude; pouls fréquent (cent douze pulsations), peu résistant; figure pâle, altérée. Les mêmes accidents continuèrent les jours suivants. Plaintes continuelles; mêmes vomissements verdâtres; nausées continuelles; mélæna. Mort le 3 mars à deux heures.

Autopsie. Ganglions inter-bronchiques très-volumineux, d'un blanc homogène, tuberculeux, formant une masse du volume d'un œuf d'oie; adhérences pleurales anciennes à droite. Poumons crépitants, quoique gorgés de sang; ils sont comme farcis de granulations et contiennent, en outre, quelques tubercules ordinaires à l'état de crudité. Liquide séro-purulent épanché dans la cavité abdominale; cloisons et adhérences pseudo-membraneuses; exsudations jaunes, membraniformes, sur le feuillet viscéral du péritoine; ganglions mésentériques, une vingtaine sont tuberculeux. Autour du pancréas, il existe une masse énorme de tubercules qui recouvre les gros vaisseaux. On rencontre, en outre, dans les reins trois ou quatre tubercules du volume d'une lentille. La membrane muqueuse intestinale est parsemée de quelques points noirs (orifices des follicules); elle est généralement décolorée, excepté dans le rectum et quelques points du colon où sa couleur est d'un rouge-violet. Il existe une ulcération dans le rectum.

CENT DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Péritonite tuberculeuse. — Perforations intestinales.

Diamourt (Jean), âgé de deux ans, entra, le 7 février 1827, à l'hôpital des Enfants. Il était malade depuis cinq semaines. Toux fréquente, surtout depuis cinq ou six jours; perte d'appétit; diarrhée plus abondante depuis aussi environ cinq jours; ventre gros, ballonné depuis un mois; huit selles par jour; langue blanche, ventre sensible, douloureux à la pression; pas de vomissements; pouls, cent douze pulsations par minute; agitation, insomnie. Nulle autre modification importante n'eut lieu dans les principaux symptômes indiqués jusqu'au 27, époque à laquelle la mort arriva.

Autopsie le 28 février. Membrane muqueuse des voies aériennes pâle; ganglions pré et inter bronchiques à droite, développés et rouges; quelques uns contiennent de la matière tuberculeuse; plèvres saines; poumons contenant quelques traces de phlegmasie arrivée au deuxième degré; mais pas de tubercules.

Cavité abdominale : Adhérences du colon transverse de l'intestin grêle et de l'épiploon à la paroi antérieure du ventre; les circonvolutions intestinales adhèrent entre elles. Toute la surface libre du péritoine est parsemée de granulations jaunes, opalines, lisses, paraissant placées au dessous de la surface libre du péritoine, et offrant quelques points rouges; leur volume est comparable à celui d'une lentille ou de la moitié de celle-ci; leur situation sous la membrane séreuse est évidente sur les intestins, où l'on détache aisément cette dernière. Quelques-uns de ces corpuscules font saillie à la face interne du canal digestif. En trois ou quatre endroits même la membrane muqueuse est perforée, et il existe autant d'ulcérations lenticulaires. Des granulations existent également sur les parois abdominales et la surface des intestins; on les rencontre même sur le méso-colon et le méso-rectum : quelque-unes, sept à huit, sont ramollies au centre (la portion ramollie est

d'un jaune verdâtre). Du reste, pas d'autres traces de lésions.

CENT DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Péritonite tuberculeuse. — Perforations intestinales.

Voisaubat (Amand-Pacifique), âgé de cinq ans et demi, entra, le 19 février 1826 ou 27, à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, nº 32. Il était malade depuis deux mois, avait le ventre gros depuis un an, de la diarrhée depuis un mois. Cet enfant était très-faible et très-maigre. Les symptômes principaux qu'il présenta pendant son séjour à l'hôpital furent les suivants : Beaucoup de fièvre; langue rouge, ventre très-douloureux, ballonné et donnant un son mat. Toux assez fréquente, un peu de râle à droite; nul changement dans l'intensité des symptômes jusqu'au 22 mars, époque où la mort survint.

Autops. cad. Thorax : Adhérences celluleuses anciennes des deux côtés; poumons offrant quelques traces de phlegmasies, et plusieurs tubercules de la grosseur d'un pois, encore à l'état de crudité, mais néanmoins tendant évidemment vers leur centre au ramollissement. Ganglions pré et inter-bronchiques droits assez volumineux, et ramollis au centre.

Abdomen : Cinq à six pintes d'un liquide fétide, trouble, floconneux et jaunâtre se trouvent épanchées dans la cavité du péritoine; les parois abdominales sont recouvertes d'une multitude de granulations jaunes, opaques; les intestins n'adhèrent pas aux parois du ventre, mais sont réunis entre eux au moyen d'adhérences difficiles à déchirer.

Sur toute la surface externe de l'intestin grêle et du gros intestin se rencontrent aussi des granulations multiples, jaunâtres et opaques, faisant saillie çà et là à la surface interne de l'intestin grêle; en plusieurs points, la membrane muqueuse a été perforée de dehors en dedans; ces granulations, en général, ne paraissent pas ramollies. Il n'existe, d'ailleurs, nulle part, autre chose de remarquable.

Ainsi que la prolongation des phlegmasies de la membrane muqueuse des voies aériennes, produit plus spécialement chez

les enfants l'altération pathologique des glandes lymphatiques des bronches, de même les inflammations lentes et prolongées du tube digestif, déterminent un état morbide analogue des glandes du mésentère.

A l'autopsie cadavérique on trouve dans le cas de péritonite chronique un épanchement séreux et mêlé de flocons albumineux, des fausses membranes fermes et multiples, des adhérences plus ou moins étendues suivant le siége, l'ancienneté de la maladie et l'abondance de l'épanchement. L'intestin est uni aux parties pariétales, au moyen de concrétions celluleuses, de pseudo-membraneuses; avec d'autres viscères, avec le foie, la rate, etc. Ces adhérences même très-limitées, peuvent devenir la cause d'étranglements mortels. On rencontre aussi des petits corps blanchâtres, opaques, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ou bien encore des granulations transparentes. Ces corpuscules, ces tubercules sont encore susceptibles, ainsi que nous l'avons vu, de se ramollir et de donner lieu à des perforations intestinales. Ces perforations de l'extérieur à l'intérieur peuvent occasioner des épanchements, ou produire une communication accidentelle entre deux parties contiguës du tube digestif. De pareilles productions tuberculeuses s'observent aussi, quoique plus rarement, chez les adultes à la suite des péritonites chroniques et surtout à la suite de celles qui se sont beaucoup prolongées. M. Chomel n'a pas manqué de signaler chez eux ce genre de lésions.

La plupart des auteurs n'hésitent pas, du reste, à attribuer ces productions accidentelles à la phlegmasie péritonéale chronique: de sorte que la péritonite tuberculeuse n'est véritablement qu'une péritonite chronique, qu'une forme, qu'une terminaison de celle-ci (ce qui pourrait encore être invoqué à propos de l'étiologie des tubercules). Les glandes lymphatiques du mésentère sont saines, ou ont subi la dégénérescence strumeuse, tuberculeuse, qui constitue le carreau. Les ganglions en plus ou moins grand nombre, sont transformés en tubercules; cette transformation est complète chez les uns, elle n'est que partielle chez les autres. Il se trouve de

ces corps ramollis, ou suppurés suivant leur degré de maturité. Il y a des ganglions seulement hypertrophiés ; il y en a de très-enflammés, d'autres qui le sont peu, il en est même parfois de transformés en matière crétacée. Les kystes ganglionnaires s'enflamment et contractent des adhérences à la suite desquelles la matière tuberculeuse ramollie peut se faire jour dans l'intestin. Nous ne connaissons pas d'exemple d'ouverture de ces kystes dans la cavité du péritoine. Astley Cooper a vu l'une des glandes suppurées, contracter des adhérences avec la paroi du ventre et se vider à l'extérieur.

Par suite de l'état hypertrophique qui précède leur dégénérescence tuberculeuse et par suite de leur agglomération, les tubercules du mésentère peuvent acquérir des dimensions plus ou moins considérables : on en cite des masses de la grosseur du poing. Une fois produite et demi-liquefiée, la matière tuberculeuse peut refluer dans les réseaux des lymphatiques ambians, ou même s'épancher dans les aréoles du tissu cellulaire et former par la résorption des matériaux les plus fluides, les plus ténus, des sortes de concrétions ou plaques, situées entre les feuillets du mésentère.

M. Guersant à trouvé des tubercules bronchiques ou pulmonaires sur les cinq sixièmes des enfants affectés de carreau. Aussi la péritonite chronique et la phthisie pulmonaire lui semblent-elles les complications les plus communes et presque habituelles de cette affection.

Indépendamment de toutes ces altérations pathologiques, on rencontre, pour ainsi dire constamment, ainsi que nous l'avons déjà exprimé, des traces plus ou moins étendues et multipliées de phlogose dans divers points du canal intestinal, des rougeurs, des ramollissements, des ulcérations, etc.

Il s'en faut que les distinctions entre les symptômes puissent être aussi nettement caractérisées que celles entre les lésions anatomiques. Cependant sans s'écarter des vérités pratiques, et ce sont elles seules qui ne donnent pas trop de mécomptes au lit des malades, voici quelques données qui parfois peuvent éclairer la diagnostic. Dans la péritonite chronique un peu ap-

parente (ce qui a lieu quand l'épanchement s'est formé), il y a intumescence du ventre avec matité, douleur vague et générale à la pression. Dans le carreau, le volume du ventre n'est pas un signe pathognomonique, ainsi qu'on l'a prétendu. M. Guersant a beaucoup insisté sur ce point. Le gonflement tient à l'état de débilité du canal intestinal qui se laisse distendre par des gaz. Plus en effet les enfants sont faibles, plus leur abdomen est volumineux; il l'est beaucoup chez les rachitiques. La percussion dans ce cas est tout-à-fait sonore. Un des signes les plus certains est la sensation vers la région ombilicale et iléo-cœcale de corps durs, arrondis, mobiles ou non, selon qu'il existe ou non des adhérences; tumeurs que l'on ne confondra pas avec les cybales, qui se trouvent le plus ordinairement dans la fosse illiaque gauche et quand il y a constipation, tandis que dans le carreau il y a presque toujours diarrhée. Dans cette dernière maladie, la pression développe de la douleur vers l'endroit ou se rencontrent les duretés profondes : symptôme sur lequel insiste encore spécialement M. Guersant. Cependant quand l'irritation pathogénique est modérée, quand la transformation est achevée et que les inflammations partielles circonvoisines du péritoine sont sourdes ou très-modérées, l'indolence est complète. Cette absence de douleur, d'accidents inflammatoires a été reconnue par tous les observateurs. Aussi M. Guersant a-t-il cru devoir établir les distinctions de carreau indolent et de carreau douloureux ou inflammatoire. Enfin dans les seules phlegmasies chroniques du tube digestif, il y a aussi diarrhée, mais sans intumescence du ventre avec matité, sans rencontre de tumeurs abdominales. Ces dernières échappent à l'investigation dans le carreau même; mais quand elles sont peu prononcées et rares, ou quand se sont ajoutés des phénomènes très-prononcés d'ascite.

Le dépérissement, la soif, les vomissements, les évacuations grisâtes, glaireuses, lientériques avec ou sans avidité dans le besoin des aliments, appartiennent aux affections ou complications des organes digestifs, et nullement en particulier à la péritonite chronique ou au carreau.

péritonite chronique succède à la péritonite aiguë, ou se ,are à la suite de la coqueluche, des fièvres éruptives et en ,rticulier de la scarlatine; à la suite de la répercussion d'affec-,ions cutanées chroniques. Enfin elle se manifeste le plus ordi-nairement par suite d'irritation transmise directement, par métastase ou par sympathie. La péritonite tuberculeuse n'est q.. une terminaison de la précédente, n'est qu'un des résultats du travail hypérémique.

A force de souffrir sympathiquement de l'irritation de la membrane muqueuse, a dit Broussais, les ganglions se gonflent, et ces gonflements dégénèrent en tubercules quand la maladie se prolonge. Les choses se passent absolument de même (et nous l'avons indiqué, pag. 512 et 513, etc.) à l'égard des phlegmasies des voies aériennes et de la tuberculisation des glandes lymphatiques de ces régions. Les causes spéciales de la mésentérite tuberculeuse sont en effet constituées par tout ce qui peut irriter la membrane muqueuse intestinale d'une manière lente, continue ou fréquemment répétée. Aussi pensons-nous avec M. Roche (1), qu'il est probable qu'avant la révolution médicale opérée par Broussais, l'abus général des stimulants dans le traitement des maladies de l'enfance, rendait le carreau beaucoup plus fréquent qu'aujourd'hui. Il est du reste nécessaire d'admettre dans la production de cette maladie, l'influence des causes générales qui favorisent le développement des affections strumeuses (2). Cette maladie s'exaspère aussi le printemps et l'automne, et reste le plus souvent stationnaire, ou même avec apparence d'amendement, pendant l'été. La proportion des cas de tubercules mésentériques est également plus considérable chez les garçons, et pareillement enfin les très-jeunes enfants, ceux du premier âge, en sont sinon exempts du moins beaucoup plus rarement affectés; cette opinion est aussi celle de Billard (3).

C'est aussi aux antiphlogistiques, plus ou moins énergique-

(1) *Nouv. élém. de pathologie*, par Roche et Sanson, Paris, t. 3, p. 220.
(2) Voir le chapitre consacré à ces affections.
(3) Billard, *loc. cit.*

ment employés, suivant l'intensité de la maladie et la force des malades, que l'on a recours dans la péritonite aiguë chez les enfants. Les applications de sangsues sur le ventre, sont les moyens les plus actifs, les plus indispensables. On y joint l'emploi de fomentations émollientes, de boissons et de lavements de même nature. A toute cette médication, suffisamment prolongée pour que les symptômes inflammatoires locaux et les phénomènes réactionnels soient maîtrisés, succède en général la série de moyens prescrits dans la péritonite sub-aiguë ou chronique. Puis vient l'essai de quelques laxatifs, de quelques bains généraux, etc.

Dans la péritonite chronique sans altération de tissu, il faut encore avoir recours aux antiphlogistiques si les forces le permettent, s'il y a quelque réaction générale et assez de sensibilité locale. On peut poser avec avantage quelques ventouses scarifiées sur la surface du ventre, y placer quelques sangsues, des cataplasmes émollients, et plus tard, y promener quelques vésicatoires volants. Les frictions mercurielles prescrites quelquefois, même pendant l'état aigu et pendant la première période de la maladie, mais chez les adultes (plus particulièrement dans les péritonites puerpérales), n'ont guère été employées, que nous sachions, chez les enfants, si ce n'est vers le dernier terme de l'affection ou quand il y a état chronique. Bien que témoins de quelques revers, nous les attribuons plutôt à la gravité des cas, et croyons que l'expérience a encore à se prononcer au sujet de l'opportunité de cette méthode. On peut en dire autant à l'égard des bains de vapeurs et des fumigations (bains de vapeurs généraux ou partiels, douches locales; fumigations de fleurs de sureau, de baies de genièvre). Ces derniers moyens qui tendent à rétablir, à activer les fonctions de la peau, à appeler vers la périphérie du corps, la sur-activité vitale, semblent néanmoins aussi très-rationnels. Dans la période hyposthénique on remplace les boissons émollientes par des tisanes sudorifiques; c'est aussi l'époque où conviennent les eaux minérales naturelles, celles de Vichy, de Spa, etc.

A ces moyens dont le tact médical et les indications règleront le choix, l'ordre et la mesure, on en substitue encore d'autres, quand le temps qui s'est écoulé et les progrès de l'altération générale de la santé laissent craindre ou soupçonner l'altération de tissu, la production de tubercules : on substitue alors, disons-nous, ce qui a été conseillé contre les affections tuberculeuses, dernière et triste ressource applicable aussi au carreau et dont le luxe même, suivant l'expression de M. Roche, trahit la misère. Les moyens prophylactiques de l'une et l'autre de ces affections sont donc les seuls qui présentent de véritables chances de succès. C'est en combattant activement et complétement les maladies qui les produisent et auxquelles elles succèdent, c'est en s'efforçant d'écarter, avec le secours de l'hygiène et de la thérapeutique, toutes les conditions sous l'influence desquelles se développe le vice scrofuleux, qu'on évitera plus sûrement les atteintes fatales de la péritonite tuberculeuse et du carreau; suites fatales en effet, car une fois établis ces états morbides, ainsi que toutes les autres affections tuberculeuses se trouvent astreints à des conditions de durée et d'issues variables, précaires et dont en règle générale le dernier terme est une catastrophe.

§ II. *Maladies du foie, de la rate, du pancréas, ictère des nouveau-nés,* etc.

Les maladies du foie sont généralement rares chez les enfants (1); il n'y a guère que l'ictère qui les différencie quelque-

(1) Rien n'est plus difficile que de diagnostiquer l'inflammation du foie et d'en constater l'existence par l'ouverture des cadavres chez les enfants à la mamelle (cette distinction n'est pas beaucoup plus facile chez les adultes, *voyez* Andral, *Clinique méd.*, t. 4). Plusieurs auteurs ont parlé des abcès du foie chez les nouveau-nés affectés d'ictère (Baumes); mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Denis, de nombreuses autopsies n'ont pas confirmé l'existence réelle de cette lésion, l'ictère des nouveau-nés n'est pas d'ailleurs symptomatique d'une affection du foie (Billard, *loc. cit.*, p. 461 et 462), cette coloration jaune, plus particulière aux téguments externes, peut, suivant ce dernier auteur, s'ob-

fois des irritations et des phlegmasies gastro-intestinales; mais, du reste, les tubercules hépatiques, spléniques et rénaux sont très-fréquents; chez ceux surtout placés dans les circonstances où se développent les affections strumeuses. L'hépatite aiguë et chronique, les indurations, les ramollissements s'observent très-rarement, du moins dans nos climats. La cirrhose, que M. Andral rattache à une hypertrophie de la sub-

server sur beaucoup de parties différentes, être locale ou générale et plus ou moins intense. Il aurait d'ailleurs presque toujours vu l'ictère des téguments succéder à la coloration rouge de la peau chez les nouveau-nés. L'apparition de cette teinte se fait par degrés. Lorsque les enfants sont encore très-rouges, on remarque à la surface de la peau une nuance jaunâtre qui se distingue à peine de la couleur rouge; si l'on applique le doigt sur la peau, au lieu de blanchir elle jaunit sous la pression, et redevient aussitôt rouge; mais peu à peu l'ictère devient plus évident, et, vers le troisième, quatrième ou huitième jour, il remplace tout-à-fait la couleur rouge et se trouve à son tour remplacé plus tard par la coloration rouge ou rose tendre, qui est propre à la peau des jeunes enfants. Il semblerait donc que l'ictère serait la nuance ou la couleur intermédiaire entre la congestion tégumentaire des nouveau-nés, et la couleur blanche propre à leurs tégumens (*id. id.* p. 732), enfin il résulterait des faits dont Billard expose l'analyse: 1° que l'ictère étant quelquefois local ne peut dépendre d'une cause générale qui étendrait son influence morbide sur toutes les parties du corps, comme les maladies du foie, par exemple. Lobstein a d'ailleurs observé la coloration jaune de la moelle à une époque antérieure à la possibilité de la sécrétion biliaire; 2° que le foie et la bile se trouvant dans les cas d'ictère, dans des circonstances très-variables, il est difficile d'expliquer quel pourrait être l'état pathologique de cet organe, ou du produit de sa sécrétion propre à causer l'ictère; 3° que cependant la congestion sanguine du foie et des téguments existant le plus souvent avec l'ictère, il serait possible que le séjour de ce liquide dans les organes et le dépôt du sérum qu'il renferme, et qui est presque toujours jaune, coloration qu'il emprunte, soit au principe colorant de la bile, comme semblent le prouver les expériences de M. Chevreul, soit à une source qui nous est encore inconnue, fût la cause de l'ictère.

Dans tous les cas, ajoute-t-il, l'ictère des nouveau-nés n'est point une maladie; il faut abandonner à la nature le soin de dissiper cette coloration momentanée.

L'ictère chez les enfans plus âgés est fort rare et ne présente aucune particularité.

stance blanche ou sécrétante de l'organe hépathique, que M. Cruveilhier (1) considère comme le résultat de l'atrophie plus grand nombre de granulations et de l'hypertrophie de celles restantes, et qu'enfin M. Bright rapproche de l'altération granulée des reins, n'existe pas dans l'enfance. Mais l'état graisseux du foie et les hydatides de ce viscère se rencontrent quelquefois à cet âge; celui-ci à la suite de la phthisie et des affections strumeuses en général, sans cause directe et symptômes connus; ceux-là sans plus de données étiologiques et accompagnés à la fin des signes des abcès en général et de ceux des abcès hépatiques en particulier. C'est dans ces dernières circonstances, chez les enfants comme chez les adultes, que M. Récamier a tenté de donner issue au-dehors à ces productions accidentelles (et quelquefois même avec succès) au moyen d'applications locales de fragments de potasse caustique.

Les tubercules hépatiques ne donnent pas lieu à l'ictère, et il n'est, du reste, aucun symptôme pathognomonique de leur présence (2). L'amaigrissement rapide, l'existence d'autres

(1) *Anatomie pathologique du corps humin,* 15e liv. in-fol., fig. col.

(2) Dans la *Gazette médicale* du 16 mars 1834, et dans celle du 19 mai 1835, se trouvent publiées deux observations relatives a des affections du foie. Dans la première il s'agissait d'un enfant de onze ans, qui avait présenté tous les symptômes de la phthisie pulmonaire et à l'autopsie duquel on trouva une pleuro-pneumonie double, les ganglions bronchiques hypertropiés, mais non tuberculeux; le foie un peu plus volumineux que dans l'état normal et parsemé d'une quinzaine de foyers purulents, séparés ou communiquant entre eux, tapissés de pseudo-membranes, environnées de portions de tissu rouge et friable, contenant un pus crémeux, homogène, légèrement verdâtre. Ce malade n'avait pas présenté la plus légère teinte ictérique. Cette affection du foie était-elle récente, remontait-elle à une époque éloignée? Les foyers résultaient-ils de la fonte purulente de tubercules? C'est ce qu'il a été impossible de préciser; car, du reste, les affections du foie, peu communes chez les enfants, ont été très-rarement observées, même dans l'hôpital où les jeunes malades sont si nombreux.

La seconde observation concernait une fille de quinze ans, atteinte d'hydropisie et d'anasarque. L'abdomen était volumineux et si tendu qu'il ne fut pas possible de reconnaître, par le palper, les tumeusr

lésions tuberculeuses peuvent seuls donner des présomptions à cet égard; l'ictère chez les nouveau-nés est très-fréquent, mais passé cette première époque l'ictéritie est au contraire extrêmement rare dans l'enfance.

M. le docteur Mondière a publié (1) un mémoire sur les affections du pancréas. L'abus des préparations mercurielles, celui du tabac, des boissons alcooliques, la propagation des phlegmasies gastro-duodénales (Casimir Broussais) seraient les causes principales des maladies du pancréas. Les symptômes seraient une douleur profonde, rapportée à la colonne vertébrale, de la constipation, puis de la diarrhée, des vomissements de liquide salivaire, de la salivation (symptôme prétenduement caractéristique) et quelquefois la sensation d'une tumeur profonde.

D'autre part, les signes physiques du développement de la rate, dans les lésions de cet organe, dont la percussion médiate a facilité l'appréciation; un sentiment local plus ou moins pénible, et pour principal moteur étiologique les fièvres intermittentes (2)....; tels sont les principaux caractères pathologiques d'affections viscérales dont le dernier symptôme (se liant à l'induration, à l'engorgement chroniques) est assez généralement l'ascite; affections appartenant à des organes dont les phénomènes fonctionnels physiologiques sont loin d'être bien connus et dont partant les troubles et les lésions, presque ignorés chez les adultes, le sont à plus forte raison chez les enfants, où ils s'observent encore plus rarement.

dont il pouvait être le siége; les battements du cœur n'offraient rien de particulier, le pouls était petit, à quatre-vingt-seize; il y avait de la diarrhée. A l'autopsie, on trouva le cœur sain; les poumons tuberculeux et le foie tellement volumineux qu'il remplissait presque toute la cavité abdominale, son poids était environ de dix à douze livres; son tissu jaunâtre homogène offrait les caractères de ce qu'on nomme l'état graisseux ou gras.

(1) *Archives de médecine*, 1836.

(2) Les hypertrophies du foie particulièrement, et plus rarement celles de la rate, sont aussi des résultats possibles des congestions et des stases sanguines occasionées par les maladies organiques du cœur.

IV.

VERS INTESTINAUX.

Maladies vermineuses.

L'importance de la présence des vers dans les voies digestives, quoique singulièrement exagérée, ne doit pas non plus être complètement annulée. Les très-jeunes enfants, les enfants à la mamelle, sont très-rarement affectés de vers intestinaux; on n'en trouve guère que chez ceux qui ont atteint la première année, encore sont-ils peu communs alors, tandis que le contraire a lieu dès qu'ils sont âgés de trois, quatre, huit ou dix ans. Les vers que l'on rencontre le plus souvent chez les enfants sont les ascarides lombricoïdes et les oxyures vermiculaires. Les premiers occupent plus ordinairement l'intestin grêle et quelquefois le colon; les autres siègent presque exclusivement vers la fin du gros intestin et dans le rectum, quelquefois dans le vagin. Ces entozoaires deviennent assez rares chez les adolescents, plus rares encore chez les adultes et surtout chez les vieillards. L'âge moyen paraît davantage disposé à la présence du ténia, hôte que l'on ne rencontre guère vers les premières époques de la vie (1). Les acéphalocystes, ces êtres singuliers (si toutefois même ils méritent ce nom) se retrouvent à tous les âges, et peut-être moins fréquemment chez les vieillards; mais avec cette différence que, chez eux et chez les adultes, ils compliquent plus particulièrement les affections organiques des viscères abdominaux ou en occasionent le développement; tandis que chez les enfants ils semblent se produire et se complaire de préférence au sein des organes et lésions d'organes intra-crâniens.

Il faut penser, avec Bremser, qu'on ne doit pas attacher

(1) Nous nous rappelons néanmoins avoir pris dernièrement connaissance dans un journal de médecine d'un fait relatif au ténia observé chez un enfant de seize mois.

trop d'importance à la présence des vers et encore moins à leur évacuation, quand il s'agit de déterminer la cause d'une maladie, et nous admettons, ainsi que M. Guersant, que l'on a toujours fait jouer un rôle beaucoup trop important à ces animaux dans les maladies du premier âge. Cependant il n'en est pas moins très-utile de connaître et de savoir apprécier tout ce qui se rapporte aux entozoaires, soit pour éviter d'agir d'une manière inopportune, soit pour ne pas rester dans une inaction non moins fâcheuse.

Les symptômes de manie attribués par quelques observateurs à la présence de vers dans le canal digestif (1) sont au moins rares chez les enfants (2). Parmi les phénomènes et les épiphénomènes que semble plutôt susciter chez eux la présence de ces animaux, se remarquent les convulsions, l'épilepsie (3), quelquefois la chlorée, l'amaigrissement et les coliques (quand ils sont en grand nombre), quelques dérangements dans les fonctions digestives, un sentiment de constriction à la gorge; l'état des yeux, qui sont cernés, battus; la dilatation des pupilles; le prurit des narines; celui de l'anus avec ténesme, quand il s'agit d'oxyures vermiculaires; un sentiment de tension vers la racine du nez (4)... Mais il n'est vérita-

(1) Des faits semblables ont encore été, dans ces derniers temps, rapportés par MM. Esquirol (*Des mal. mentales*, Paris, 1838, t. 1, p. 86), Ferrus, Fourreau de Beauregard. (Acad. de méd., 23 sept. 1834.)

(2) M. Louyer Villermay en a, néanmoins, cité une observation dans la même séance.

(3) Une observation nouvelle concernant des attaques épileptiques déterminées par la présence d'un ténia (chez une demoiselle), et guéries par l'expulsion de ce dernier (au moyen de la racine de grenadier, l'huile douce de Ricin et le calomel), se trouve insérée dans le *Bulletin méd.* du Midi, 1839.

La présence de vers dans les intestins a parfois aussi causé une irritation sympathique des parties génitales, provoqué des troubles hystériques, le penchant à l'onanisme.

(4) La Gazette de Berlin du mois d'octobre 1835 rapporte un cas de bégaiement dû à la présence de vers ascarides dans le canal intestinal chez un enfant de trois ans, et qui disparut après l'expulsion d'un grand nombre de ces animaux parasites.

blement d'autre certitude de leur existence que celle qui résulte de leur expulsion par les selles, ou ce qui est plus rare, par le vomissement.

Laënnec, Gmelin, les professeurs Cruveilhier et Guersant ont cité des exemples de vers introduits dans les voies hépatiques, dans les canaux biliaires et pancréatiques, et qui auraient produit la mort. Il est, du reste, prouvé que ces parasites peuvent s'engager par toutes les ouvertures naturelles ou morbides (1); mais ils sont incapables de perforer eux-mêmes les tissus (2). Leur nombre est plus ou moins considérable; il

(1) Ainsi, en avons-nous quelquefois trouvé dans la cavité du péritoine, à la suite de perforations intestinales.

Les ascarides lombricoïdes remontent parfois aussi jusque dans l'estomac, dans l'œsophage et sont rejetés par la bouche, on en a trouvé dans l'appendice cœcale, dans la trachée et jusque dans les bronches; mais il est probable qu'ils n'avaient parcouru ces derniers trajets qu'après la mort ou pendant l'agonie des petits moribonds.

(2) Telle est du moins l'opinion la plus générale, basée sur ce que les helminthes paraissent dépourvus d'armes ou de parties blessantes. Mais ne voit-on pas d'autres sortes de lombrics, pas mieux équipés, s'enfoncer sous terre, creuser des sentiers et attaquer des racines. D'autre part les mouvements péristaltiques des intestins, la densité, la contractilité fibrillaire, la tonicité des tissus sembleraient devoir opposer un obstacle aux atteintes des entozoaires. La fréquence habituelle de ceux-ci, et la rareté des cas même douteux où perforation et vers se trouvent en présence, éloignent encore d'ailleurs l'idée de toute coïncidence réelle et active. Quand la vie abandonne un corps, ses parasites ne sembleraient-ils pas plutôt se précipiter, tenter de fuir vers toutes les issues pour chercher à échapper à la mort qui les menace également? Ce qui expliquerait leur pénétration à travers tous les passages. En résumé, si dans la grande majorité des cas, nulle lésion, nulle perforation n'est le résultat de la présence des ascarides lombricoïdes; quelques faits paraîtraient cependant de nature à laisser quelque doute sur la solution définitive de la question relative à la possibilité d'incidents contraires. Les deux observations nouvelles rapportées par M. Becquerel, dans le troisième numéro de la *Clinique des hôpitaux des Enfants* (juin 1841), peuvent être rangées parmi les faits de cette dernière classe. Dans l'une deux ascarides se trouvaient comme étranglés au fond de l'appendice cœcale et par le contour d'une perforation, à travers laquelle ils avaient cherché à

peut être pour les uns de cinquante et au-delà. Quant aux oxyures vermiculaires, leur multiplicité est quelquefois énorme chez le même individu (1).

Les régions de la membrane muqueuse, où sont accumulés en certain nombre les vers intestinaux, se trouvent finement injectées, marbrées, ou d'une teinte uniforme rougeâtre ou violacée. Ces colorations sembleraient indiquer une irritation occasionée par les mouvements de ces animaux; cependant il est à remarquer qu'elles se dissipent en général assez facilement par le lavage.

En s'occupant d'helmintologie ou d'*helmintopathologie*, il est à se défendre de toute préoccupation de laquelle résulterait une trop grande facilité à administrer les anthelmintiques (toujours pris dans la classe des irritants) dans des circonstances où rien ne serait moins bien prouvé que l'absence d'une irritation ou d'une phlegmasie de quelque proportion du tube digestif. Mais quoique les conséquences de la présence de vers intestinaux aient été fréquemment outrées, et que dans la plupart des circonstances, il n'existe entre ces parasites et une foule de maladies, qu'une simple coïncidence; on ne peut cependant se refuser d'admettre aussi la possibilité de certaines perturbations qui ont été signalées. Dès lors il n'est pas toujours sans importance de pourvoir à l'expulsion des entozoaires, quand quelques signes les décèlent et quand nulle contre-indication

sortir; trois autres lombrics furent rencontrés dans l'épiploon gastro-colique, et l'intestin grêle en contenait vingt-quatre. Dans l'autre il avait existé pendant la vie les symptômes d'une entéro-péritonite; plusieurs ulcérations se trouvèrent à l'autopsie sur la surface de la muqueuse de l'intestin, deux perforations des parois de ce dernier furent reconnues, et quatre ascarides lombicoïdes avaient traversé ces ouvertures et se trouvaient dans la cavité du péritoine. Mais nous le répétons, tous ces faits, tous ceux analogues ne permettent encore que doute et hésitation. L'observateur que nous avons cité en dernier lieu est également de cet avis.

(1) Nous en avons vu évacuer, par un enfant d'environ six ans, des masses pelotonnées. Le nombre de ces animaux devait être vraiment prodigieux.

ne s'oppose à l'emploi immédiat des anthelmintiques. Les moyens varient suivant l'espèce de parasites dont il s'agit de débarrasser l'économie; toutefois il n'est guère que les vers intestinaux que l'on puisse atteindre de la sorte (1). Les acéphalocystes, spléniques, hépatiques, cérébraux, etc., dont les manifestations extérieures se confondent avec les phénomènes fonctionnels morbides des organes dans lesquels ils sont renfermés sont pour ainsi dire hors de notre portée (2).

On oppose aux lombrics, qui parcourent tous les points du canal intestinal, des substances vermifuges prises par la bouche ou données en lavements. On emploie comme anthelmintiques, l'absinthe, la tanaisie, le semen-contra, la mousse de Corse, le calomel, la sabine, les huiles empyreumatique, animale de Dippel, essentielle de térébenthine, etc. Mais quelques-uns de ces derniers moyens exercent une action trop irritante, trop dangereuse sur les organes digestifs, pour que l'on se décide à les employer autrement que chez des sujets qui ont passé la première enfance, d'ailleurs forts, bien constitués, particulièrement exempts de toute phlogose des organes intérieurs, seulement après la non réussite des autres remèdes dont il va être question, et quand enfin la présence de ces êtres est bien constatée et que des accidents plus ou moins fâcheux en résultent. Dans les circonstances les plus ordinaires, la décoction, le sirop de mousse de Corse, ou quelques prises de calomel, suffisent très-amplement; mais avant de recourir à leur usage, il faut encore avoir préalablement combattu et maîtrisé les maladies aiguës existantes. Pour les affections sympathiques du système nerveux, la soustraction de

(1) M. Curling (London *Méd. chir.*, transact. 1840) cite il est vrai un cas d'évacuation de vers vésicaux (non encore décrits), à la suite de quelques petites doses d'huile essentielle de térébenthine, chez un sujet à peine convalescent de rougeole. Mais ces vers, ainsi que le polystôme, ou ver du sang humain, ne sont encore même que très-peu connus.

(2) Cependant il faut mentionner les ouvertures d'abcès hépato-hydatidiques tentées par M. Récamier, au moyen d'applications à l'extérieur, vers la région du foie, de fragments de potasse caustique.

la cause suscitante, l'expulsion des vers, sera leur meilleur remède. Il est fort difficile de faire boire aux jeunes enfants les fortes décoctions de semen-contra, de mousse de Corse, les infusions d'absinthe, de tanaisie, etc., et en général de leur faire prendre tout ce qui a mauvais goût. Quand il n'est pas possible de vaincre sur ce point leur répugnance ou leur entêtement, il faut bien aviser à quelque autre chose : on est parfois très-heureux alors quand on peut avoir recours au calomel. On le fait prendre mélangé à un peu de miel ou de confiture (vingt-cinq centigrammes, environ, en une dose, répétée à sept à huit jours de là). Le sirop de mousse de Corse peut aussi être donné sans trop de difficulté. On l'administre par cuillerées à bouche, matin et soir, ou seulement une ou plusieurs matinées de suite, en temps opportun, quand l'enfant n'a ni coliques, ni diarrhée, et avec la précaution de suspendre momentanément son usage si quelque contre-indication se présentait. Ce sirop a souvent de la sorte parfaitement réussi. On peut encore donner comme adjuvants, quelques biscuits anisés ou au semen-contra. En Flandre, en Hollande, on se contente souvent de prescrire, matin et soir, une cuillerée de vin du Rhin *absinthé* ou non; ce qui doit mieux réussir dans ces pays froids et humides que dans nos climats. Les remèdes précédemment indiqués, ceux pris par la bouche, tuent également et expulsent les vers qui séjournent vers la fin du gros intestin ou dans le rectum; mais il suffit le plus ordinairement pour débarrasser de ces derniers d'injecter par l'anus des infusions d'absinthe, de tanaisie, d'eau alliacée ou salée. Les oxyures qui se sont introduits dans le vagin sont pareillement assez promptement chassés par l'eau chargée d'hydrochlorate de soude.

Au nombre des causes qui favorisent la production des entozoaires, il faut citer l'habitation dans les lieux froids et humides, le tempérament lymphatique, le régime lacté et végétal (1). La prophylaxie des affections vermineuses consiste donc dans

(1) Cruveilhier, art. ACÉPHALOCYSTES du *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. 1, p. 206.

les précautions hygiéniques qui tendent à combattre ou à écarter toutes les conditions fâcheuses qui viennent d'être énumérées.

Le ténia ne se rencontre guère vers les premières époques de la vie; cependant, comme il s'observe quelquefois vers la puberté ou l'adolescence, nous dirons quelques mots sur les moyens propres à chasser ces hôtes singuliers de nos organes digestifs.

Le remède de Bourdier, celui de Bremser, celui même si simple de Rosen (dont le secret était une injection répétée d'eau froide)..., tous ces moyens, et bien d'autres encore, ont tour à tour revendiqué de nombreux succès et obtenu la vogue. C'est à la méthode de Buchanan, qui consiste dans l'emploi de l'écorce de racine de grenadier, méthode anciennement usitée dans l'Inde, importée et modifiée en Angleterre par Breton, prônée surtout par l'Espagnol Gomez, et enfin acclimatée en France par M. Mérat (1) en 1823; c'est à cette dernière méthode, disons-nous, que maintenant on donne le plus généralement la préférence.

L'écorce de racine de grenadier, soit en poudre, soit en décoction, administrée contre le ténia, peut également échouer; mais ces cas sont les plus rares et tiennent parfois à quelque vice, soit dans la dose, soit dans le mode d'administration du remède. Prescrit en trop petite quantité, il reste sans effet; à dose trop forte, il semble concentrer son action sur les organes digestifs qu'il irrite, et dont il est trop promptement expulsé. Seize grammes, en deux fois, d'écorce de racine fraîche de grenadier sont trop peu, cent vingt-quatre grammes sont trop. L'une de ces prescriptions appartient aux praticiens qui ont trop de foi en la vertu de cette substance; l'autre à ceux qui doutent incessamment de son action. Le recours aux purgatifs, après l'usage pendant deux jours de la boisson indiquée, est proscrit ou regardé pour le moins comme inutile,

(1) *Du Ténia ou ver solitaire et de sa cure radicale par l'écorce de racine de grenadier*, Paris, 1832, in-8.

notamment par M. Mérat. Ce recours cependant nous paraît indispensable en quelques circonstances. La décoction de racine fraîche de grenadier (à la dose de deux onces) avait été en effet administrée en vain deux jours de suite dans les deux cas rélatés dans notre première édition, et ce n'est qu'à la suite de purgatifs qu'eut lieu l'expulsion des ténias, dont l'un, que nous vîmes presque incontinent après sa sortie, témoignait encore de la vie par un frémissement. Qui peut affirmer que l'impression produite par le remède sur le ver n'eût fini par se dissiper, et que, par suite, ce dernier n'eût continué de vivre?

CHAPITRE VI.

MALADIES DE LA PEAU.

§ I. Non-seulement la plupart des affections cutanées que l'on observe aux époques suivantes, peuvent se rencontrer dans la première période de la vie ; mais il est même quelques maladies de ce genre en quelque sorte plus spécialement encore réservées aux enfants. Ce n'est d'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà exprimé, que sur les particularités que présentent les divers états morbides dans l'enfance et sur ceux plus spécialement propres à cet âge, qu'il peut être vraiment utile d'insister : et c'est aussi sous cette réserve et avec ces restrictions que nous nous occuperons de l'histoire des dermatoses.

A l'instar de Willan, on divise assez généralement aujourd'hui les maladies de la peau en huit ordres : 1° Les *exanthèmes*, caractérisés par des taches rouges, de formes différentes, plus ou moins étendues et irrégulièrement répandues sur le corps ; laissant des intervalles d'une couleur naturelle, disparaissant momentanément sous la pression du doigt, se terminant par délitescence, résolution ou par desquamation. Les *espèces* sont l'érythème, l'érysipèle, la roséole, la rougeole, la scarlatine et l'urticaire ; 2° les *vésicules*, qu'on reconnaît à des élevures arrondies de l'épiderme, contenant un liquide séreux, louche ou purulent ; soulèvements laissant après eux de petites croûtes très-minces, ou quelques lamelles. Les subdivisions de cet ordre sont la miliaire, la varicelle, l'eczéma, l'herpès, la gale ; 3° les *bulles*, qui ne sont constituées que par une sorte d'exagération des caractères de l'ordre précédent, par des soulèvements de l'épiderme produits par des épanchements plus considérables de pus et de sérosité. *Espèces :* pemphigus, rupia ; 4° les *pustules* terme servant à désigner de petites tumeurs de la peau, circonscrites, résistantes, se terminant le plus souvent par suppuration ou ulcération, plus rarement par résolution,

donnant lieu à des croûtes plus ou moins épaisses, à des rougeurs avec ou sans desquamation, à des indurations d'une durée plus ou moins longue. *Espèces* : variole, vaccine, ecthyma, impetigo, acné, mentagre, porrigo ; 5° les *papules*, qui sont de petites élevures pleines, résistantes, sans fluide à l'intérieur, susceptibles de s'ulcérer à leur sommet, mais se terminant le plus ordinairement par desquamation lamelleuse plus ou moins fine de l'épiderme, quelquefois par résolution. *Espèces* : Lichen, prurigo; 6° les *squames*, dénomination réservée aux lésions cutanées caractérisées par des élevures ou des taches plus ou moins rouges, se recouvrant continuellement de lames ou lamelles d'épiderme altéré, lesquelles se détachent sans cesse de la peau. *Espèces* : psoriasis, pityriasis, lèpre, icthyose; 7° les *tubercules*, sortes d'indurations primitives de la peau, de petites tumeurs diversement colorées, plus ou moins saillantes et circonscrites, pouvant s'ulcérer à leu sommet et suppurer partiellement. *Espèces* : éléphantiasis des Grecs, molluscum, frambæsia; 8° les *macules*, caractérisées enfin par des taches résultant de colorations ou de décolorations permanentes et partielles de la peau, dont les *espèces* sont : les éphélides, les nævi et le vitiglio.

Willan et Bateman ont renfermé toutes les affections cutanées dans ces huit ordres ; mais quelques pathologistes, entre autres Biett, M. Rayer, MM. Cazenave et Schedel, ont cru devoir placer en dehors un certain nombre de maladies qui ne leur ont pas paru susceptibles de pouvoir être encadrées dans les groupes précédents (lupus, pellagre, syphilides, purpura, éléphantiasis des Arabes, maladies des follicules sébacées, kéloïde). Plusieurs des espèces ont été en outre plus ou moins subdivisées et même diversement classées. Dans Willan et Bateman l'érysipèle se trouve dans les *bulles*, il est parmi les *exanthèmes* dans l'ouvrage de MM. Cazenave et Schedel. La gale est rangée par les premiers de ces auteurs au nombre des affections pustuleuses, et le purpura est placé dans les exanthèmes, tandis que l'une est considérée par les médecins que nous avons nommés en second lieu, comme une affection ve-

siculeuse, et que le purpura est rejeté par eux dans un ordre à part.

Dans la classification d'Alibert, moins suivie actuellement, est cependant à regretter peut-être l'arrangement par groupes de certaines classes d'affections, différant, il est vrai, souvent par leurs éléments primitifs, mais présentant comme analogie le même siége, ou la réunion de plusieurs caractères particuliers ou généraux. Ce mode de classement non basé sur ce qui frappe le plus, en général, les dermatologues, l'espèce de lésion, a sous ce rapport l'inconvénient aux yeux de plusieurs, de mêler, de confondre des individualités diverses, inconvénient sans doute plus apparent dans les ouvrages spéciaux; mais moins réel dans les livres qui comprennent toute la pathologie, et du reste bien compensé par l'avantage de la réunion dans un même tableau de maladies, dont les points de contact ne sont pas non plus sans évidence et sans importance. Ainsi, dans le groupe des dermatoses exanthémateuses, bien que se trouvent rassemblées des affections appartenant à des ordres distincts, quant à leurs caractères anatomiques; par exemple la variole, qui est une inflammation pustuleuse, et d'autre part, la rougeole et la scarlatine dont les caractères physiques sont différents; on ne peut s'empêcher de reconnaître la coïncidence de phénomènes simultanément propres à ces affections, indistinctement qualifiées de fièvres éruptives. Toutes en effet semblent subir l'influence d'une cause générale, résulter de l'action d'un principe délétère, sont contagieuses, sont précédées et accompagnées d'un mouvement fébrile, suivent une marche périodique, n'atteignent guère qu'une fois le même individu, et sont particulièrement très-communes dans l'enfance.

Les dermatoses teigneuses, quoique réunissant aussi des maladies à éléments anatomiques primitifs différents, présentent également une foule d'analogies et de ressemblances: elles appartiennent plus spécialement à l'enfance et à la première jeunesse; elles ont pour siége habituel le cuir chevelu, s'étendent quelquefois plus ou moins sur la face, sur le reste de la tête; leurs produits, excrétions fluides, croûtes, squames, sont pré-

cedés ou accompagnés d'une inflammation plus ou moins vive, et ils exhalent une odeur plus ou moins forte et désagréable ; ces maladies semblent assez souvent dépuratoires; leur apparition et leur développement, loin d'être accompagnés de symptômes généraux plus uu moins graves, sont assez ordinairement suivis d'amélioration dans la santé générale et d'amendements de la part des lésions préexistantes. Le plus souvent opiniâtres et rebelles à beaucoup de traitements, elles disparaissent spontanément vers l'époque de la puberté.

A moins de raisons impérieuses, individuelles, il y a donc d'ailleurs inconvénient à laisser s'établir ces affections puériles par excès de sécrétion ; car en leur donnant de la sorte rang de fonction dans l'économie, il ne faut plus dès-lors s'y opposer qu'avec beaucoup de tact, d'art et de circonspection. Les traitements astringents, les moyens répercussifs, en supprimant brusquement l'action anormale et normale de la périphérie, exalteraient quelques-uns des mouvements intérieurs, détermineraient, par suite de la rétrocession, des états morbides internes, variables suivant les dispositions particulières organiques. Quand on supprime chez les enfants des affections cutanées importantes par leur ancienneté ou leur étendue, il nous a toujours semblé, dans les règles d'une sage et prudente pratique, d'établir en même temps un exutoire au bras.

A quelques recherches que nous avions faites sur les teignes, nous substituons plus loin celles qui viennent de nous être communiquées par notre honorable confrère le docteur Émery, l'un des praticiens distingués de cette capitale, et dont le titre de médecin de l'hôpital Saint-Louis, donnera un nouvel attrait au travail que nous devons à son obligeance.

ROUGEOLE.

§ II. Les prodromes de la rougeole, comme ceux de la variole, durent environ trois ou quatre jours, et, ainsi qu'il en est dans cette dernière affection, l'éruption commence vers le quatrième jour par le front, le nez, le menton, le cou, la partie antérieure de la poitrine, les membres, etc., il n'y a point de

douleur lombaire comme dans les cas graves de variole; mais ainsi que dans cette maladie, des troubles généraux et locaux peuvent servir d'avant-coureurs. L'invasion est souvent marquée par des lassitudes, un malaise général, des hémorrhagies nasales, parfois du délire, des phénomènes convulsifs. La fièvre qui précède l'éruption est accompagnée, principalement le troisième et le quatrième jour, d'un état de sensibilité des yeux, qui sont larmoyants, d'irritation de la conjonctive et de la membrane pituitaire avec éternuements. L'enfant éprouve aussi de la toux (1), un peu de difficulté à respirer; assez souvent un léger mal de gorge et de l'enrouement. La bronchite, l'agitation, la fièvre, font tout à la fois partie des symptômes précurseurs et concomitants de la rougeole. On a établi une distinction de *rougeole avec catarrhe* pulmonaire et de *rougeole sans catarrhe;* le plus souvent cette distinction pourrait paraître peu fondée, car les faits, où cette sorte de complication ne se rencontre pas, sont presque exceptionnels. Du front, de toute la figure et du cou, les taches rubéoliques se répandent sur le tronc et les membres. Elles sont roses, d'abord très-petites, assez semblables aux piqûres de puce; s'élargissent, proéminent plus ou moins, et de façon quelquefois à communiquer au doigt que l'on promène à leur surface la sensation d'élevures assez prononcées (rougeole boutonnée). Ces taches, d'ailleurs, s'étendent irrégulièrement, sont comme déchiquetées et laissent entre elles des intervalles, de légers interstices, où la peau conserve sa couleur naturelle. Celle-ci est brûlante, le pouls fébrile, et au bout environ de trente-six heures, l'éruption est complètement terminée; néanmoins, dans les rougeoles intenses, elle dure parfois huit jours. Vers le sixième, à partir du début de la maladie, l'efflorescence de la figure commence à se faner, tandis que les taches du corps sont très-rouges; mais celles-ci pâlissent à compter du septième jusque vers le neuvième ou le

(1) M. Rayer a vu des enfants qui, après avoir éprouvé pendant quinze jours une véritable *toux férine*, ont ensuite été atteints de rougeole. (*Traité des mal. de la peau*, Paris, 1835, t. 1, pag. 184.)

dixième jour, où il ne reste plus rien ou que de très-légères colorations, qui ne tardent pas à s'effacer complètement. Une légère desquamation farineuse qui n'est souvent que partielle, avec prurit, succède en général à ce retrait. L'exanthème en question, particulièrement quand la pyrexie est grande et qu'il y a des sueurs, s'accompagne quelquefois de sudamina ou miliaire. La fièvre cède ordinairement lorsque l'éruption diminue; c'est cependant le moment du danger, lequel suit plutôt qu'il n'accompagne l'éruption; car c'est l'époque de l'explosion ou du surcroît d'activité des complications. L'éruption est discrète ou confluente, se trouve parfois unie à celle de la roséole de la scarlatine ou de la variole. Les complications, du reste, sont nombreuses, fréquentes et très-fâcheuses : parmi elles il faut aussi placer en première ligne la pneumonie, la pleurésie, la laryngite, la coqueluche, les entéro-colites, surtout les colites. Très-souvent la bronchite persiste long-temps (quinze jours, un mois, au-delà de deux) après la disparition de la rougeole, et avec elle persiste aussi une fâcheuse disposition des poumons et des plèvres à s'enflammer. Quand, en effet, à la suite de la rougeole on remarque quelques nuances dans l'état de la respiration, une haleine plus courte, de l'essoufflement, il y a déjà souvent lieu de craindre des pneumonies et des pleurésies latentes. La coïncidence de la rougeole avec la coqueluche ou la variole (1) est très-souvent funeste, surtout en hiver. La diarrhée se manifeste assez souvent pendant le cours et vers le déclin de cette fièvre éruptive : dans ces dernières circonstances surtout et quand elle est modérée, elle semble favorable et adoucit les

(1) Lorsque plusieurs éruptions se succèdent, ainsi qu'il arrive assez souvent chez les enfants, la dernière ou les dernières ne se développent que d'une manière incomplète et ne parcourent que difficilement leurs différentes périodes; parmi les observations citées nous rappellerons comme exemple la 61ᵉ, où il était question chez le même individu de purpura hemorrhagica, de scarlatine, et en dernier lieu de variole. Nous rappellerons aussi la 88ᵉ qui a trait à une scarlatine et à une variole.

autres symptômes. Si au contraire elle est abondante, de longue durée, si elle se déclare chez un sujet épuisé, elle constitue une fâcheuse complication. La rougeole compliquée est dans tous les cas, et nous le répétons, une maladie très-grave. Cette gravité n'est nullement en raison de la bénignité ou de l'intensité des symptômes précurseurs, lesquels dépendent, en général, de l'irritabilité plus ou moins grande des sujets. La rougeole simple et particulièrement la rougeole sans bronchite ou avec rhume léger, est généralement une affection bénigne, qui se dissipe assez promptement et n'exige guère pour traitement que quelques précautions. L'enfance est incontestablement plus disposée à la rougeole que les âges suivants. Elle est bien plus commune aussi après qu'avant la première dentition et il est assez rare de l'observer en-deçà du huitième ou neuvième mois. Cette dernière remarque avait déjà été faite par Billard à l'hôpital des Enfant-Trouvés.

Dans les observations recueillies à l'hôpital des Enfants malades, sur des sujets de deux à sept ans, M. le docteur Boudin (1) a vu l'éruption rubéolique se compliquer dans le tiers des cas de sudaminas. Une conjonctivite simple avait lieu dans tous. La pleurésie ou la pleuro-pneumonie compliquait la rougeole six fois sur douze. La pneumonie avait lieu neuf fois sur douze. Dans tous les cas, la membrane muqueuse des bronches principales offrait des traces rouges à l'autopsie. M. Boudin n'a observé qu'une seule fois le vomissement. Dans plus de la moitié des cas, il a trouvé qu'il y avait de la diarrhée dès le début. Dans deux cas seulement, le ventre était dur et météorisé. Dans tous les cas suivis de mort, qui ont été observés par M. Rufz, trente-huit sur quatre-vingts, la diarrhée eut constamment lieu pendant les deux tiers de la maladie; et dans plus de la moitié des guérisons, la diarrhée beaucoup moins abondante et moins opiniâtre, eut encore lieu pendant la convalescence. Dans les recherches de M. Boudin, la mem-

(1) *Recherches sur les complications de la rougeole chez l'enfant*, thèse, avril 1835, etc.

brane muqueuse de l'intestin grêle n'offrit que deux fois des atteintes notables. Les follicules de Peyer examinés avec soin ont toujours été trouvés parfaitement sains, et c'était la membrane muqueuse du gros intestin qui le plus souvent était malade. Enfin, disent MM. Boudin et Rufz : « Quoique quelques enfants eussent présenté du délire au début de la maladie, ou bien un peu d'affaissement dans les derniers jours, le cerveau et ses enveloppes n'offrirent rien de notable. Ces organes parurent *seulement injectés*. Jamais nous n'avons observé l'arachnitis comme l'une des complications de la rougeole. » Mais, précisément, les preuves alléguées par ces messieurs sembleraient avoir une autre signification et prouver au contraire que le cerveau et ses membranes s'affectent quelquefois vers le début ou pendant le cours de la rougeole.

L'anasarque serait fort rare à la suite de cette affection ; ces messieurs ne l'ont observée qu'une fois sur quatre-vingt-quatre cas. Cinq fois la variole succéda à la rougeole. Quant à la mortalité, elle fut de trente-huit sur quatre-vingt-quatre : de deux à cinq ans, vingt-six morts ; de cinq à dix ans, onze morts ; après dix ans, un mort.

La pneumonie est la complication qui, à la suite de la rougeole, entraîne le plus fréquemment la mort. Quant au traitement des complications, notamment de la pneumonie, c'est le traitement antiphlogistique, les saignées générales et locales que nomment également ces médecins, tout *en avouant que les évacuations sanguines n'ont (à l'hôpital des Enfants) modifié en rien la marche de la péripneumonie*. Ce qui semblerait prouver qu'ils seraient disposés à partager cette opinion ; qu'en thérapeutique ce ne serait pas toujours par les résultats fournis par les hôpitaux, qu'on pourrait asseoir un jugement sain et définitif sur la valeur et l'opportunité de telle ou telle medication, et que pour cette fin, le contrôle des observations faites au dehors, où les influences endémiques ne sont pas le plus souvent les mêmes, semble utile sinon indispensable.

La rougeole est contagieuse, et l'on n'est pas toujours, non plus que dans la variole, à l'abri d'une seconde éruption, d'une

seconde infection. Cependant il est à croire que l'érythème et surtout la roséole ont parfois été comptés parmi des cas prétendus de rougeoles doubles ou triples. C'est assez généralement après une incubation de huit jours que se manifeste le principe contagieux, que ses effets se développent. Dans les circonstances épidémiques, l'incubation est rarement de plus de quatre jours. Brusérius cite l'observation d'une dame qui s'éloigna d'une campagne où la rougeole était répandue et qui néanmoins, vingt-quatre jours après, fut atteinte de cette affection. La rougeole est plutôt contagieuse au début; la variole et la scarlatine le sont davantage à des périodes avancées. La transmission s'opère très-facilement et sous l'influence de relations très-indirectes. Soit légères et presque inoffensives, soit malignes ou promptement mortelles, ces différents degrés dans l'intensité de ces maladies ne modifient nullement leur propagation. La scarlatine perd très-tard son caractère contagieux; il n'en est pas de même à l'égard de la rougeole.

R. Williams (1) rapporte que la rougeole a été inoculée avec succès, soit au moyen du sang des malades, soit au moyen du sérum *de vésicules*, et il cite les expériences faites dans ce sens avec succès par Hode, Horn, Vogel, Monro, Tissot. Mais il constate aussi les résultats opposés, obtenus par Cullen, Gritanner, Rosen et Vaidy. Home aurait inoculé avec succès la rougeole avec le sang provenant de l'incision des taches; ces expériences répétées n'ont pas réussi. Nous sommes surtout de l'avis du premier de ces observateurs quand il revient à l'opinion que l'atmosphère est le véhicule de l'infection et qu'il dit que la susceptibilité à contracter la rougeole n'est pas toujours épuisée par une attaque, quoique cela soit le cas plus fréquent; qu'elle peut coexister avec la petite vérole, la vaccine, la coqueluche. Il suppose enfin que le *poison* de l'éruption morbilleuse est absorbé et infecte le sang.

Existe-t-il des *exanthèmes sans exanthème*, ou pour mieux dire la fièvre exanthématique peut-elle exister sans exanthème? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative à cette ques-

(1) *Elements of medicine, morbid poisons*, London, 1836, t. 1, p. 167.

tion ainsi posée. Nous comprenons en effet que l'infection rubéolique, scarlatineuse ou variolique impressionne d'une manière fâcheuse l'économie et de façon à déterminer seulement de sa part une réaction générale, un mouvement fébrile. Des faits de ce genre, mais plus particulièrement relatifs à la scarlatine, ont été signalés depuis long-temps par Rosen, Fothergill, Huxham, etc., ce que rapporte M. Guersant semble prouver qu'il en aurait observé de semblables. M. le docteur Taupin, auquel on doit plusieurs recherches fort intéressantes sur la pathologie des enfants, rapporte également (1) quelques faits à l'appui de cette théorie, qu'il étaie encore de plusieurs observations analogues faites par MM. Trousseau, Baudelocque, Bouneau et Scellier.

La diète, le repos du lit, une chaleur tempérée, des boissons chaudes et légèrement diaphorétiques au début, remplacées un peu plus tard par des tisanes émollientes... tels sont les moyens qui suffisent en général dans les cas simples. Mais dans ceux au contraire ou les prodromes sont très-orageux, la fièvre intense; dans ceux avec complications, il faut y adjoindre, quoique avec une certaine modération, les évacuations sanguines. Ces moyens sont quelquefois alors d'une grande importance, et quelquefois aussi d'autant plus efficaces qu'on les a employés dès le commencement. Un bain, légèrement aiguisé avec la farine de moutarde a quelquefois singulièrement favorisé la sortie et le développement de l'éruption; un vomitif a obtenu aussi parfois le même résultat. Ces derniers moyens conviennent particulièrement quand l'éruption est incomplète, difficile, laborieuse, quand elle est accompagnée de phénomènes nerveux, quand elle est pâle, languissante, asthénique, comme répercutée, paraissant et disparaissant plusieurs fois. Bien que les complications phlogistiques doivent être combattues avec activité, il faut cependant user d'une certaine réserve à l'égard des pertes de sang; car, outre qu'elles n'ont pas toujours sur les inflammations concomitantes une

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales,* octobre 1839.

influence aussi heureuse que quand ces affections sont franches, isolées, en les poussant trop loin, on risque de produire un état hyposthénique grave. Il est d'une grande importance de ne jamais perdre de vue que dans les fièvres exanthémateuses, dans la rougeole, dans la scarlatine, dans la variole, et même dans la miliaire, il y a autre chose qu'une iflammation de la peau : quel qu'il soit, un principe délétère a porté son action sur l'économie. Que si dans ces circonstances, même accompagnées de complications inflammatoires de toute évidence, on traite ces dernières affections comme si elles existaient seules ou se trouvaient en d'autres conditions; si, en un mot, on use largement des évacuations sanguines, au lieu de les employer avec circonspection et de sorte à ne pas ôter à la nature la portion suffisante de forces réactives dont elle à besoin pour lutter avec avantage contre l'infection miasmatique..... il y a bientôt, il y a eu trop souvent collapsus, rétrocession, affaissement irréparable, mort. Avant d'employer une médication active, il faut d'ailleurs bien distinguer les symptômes plus ou moins orageux qui assez souvent accompagnent l'éruption et qui se dissipent quand elle est achevée ou en voie de déclin, de ceux qui appartiennent réellement à quelque complication sérieuse. En résumé, dans les circonstances ordinaires, la rougeole peut être pour ainsi dire abandonnée à elle-même avec les petites précautions que nous avons indiquées au commencement, en y ajoutant celle de donner quelques remèdes à l'eau de lin ou de guimauve, s'il y a un peu de constipation, de faire prendre quelques cuillerées de lock blanc, d'employer quelque collutoire émollient s'il y a stomatite, angine légères, d'envelopper les jambes de cataplasmes chauds de farine de graine de lin, ou même de cataplasmes mitigés, si la turgescence de la face est considérable, s'il y quelques légers symptômes cérébraux, etc.

Quant aux complications inflammatoires, elles sont combattues de préférence par des saignées locales, secondées parfois par le vomitif, comme dans les angines, les laryngites; secondées par des révulsifs, des dérivatifs, du côté des intes-

tins, vers les extrémités inférieures, particulièrement dans les méningites ou méningo-encéphalites; par des lavements émollients, des cataplasmes de même nature sur le ventre dans les phlegmasies gastro-intestinales; le tout secondé encore, dans beaucoup de cas, par l'emploi de vésicatoires aux cuisses ou aux jambes.

Quand la peau est à peine chaude, que les membres se refroidissent, que le pouls est petit et misérable, que les taches pâlissent, sont presque effacées ou livides...., il faut avoir recours aux toniques, prescrire des potions cordiales. Le camphre, qui a été alors particulièrement conseillé, le quinquina donné dans les boissons ou en lavement, un bain avec addition d'un peu de farine de moutarde et même le bain, la douche de vapeurs dirigée dans le lit du malade, font certainement partie, dans ces fâcheuses circonstances, d'une médication très-rationnelle, mais dont le succès malheureusement est loin de répondre toujours à la bonne direction. Nous ne ferons que mentionner les lotions froides très-vantées, particulièrement en Angleterre, mais encore trop peu expérimentées ici pour que l'on puisse asseoir quelque jugement sur leurs prétendus dangers ou leur efficacité bien réelle; ces mêmes moyens conseillés davantage encore dans les scarlatines, nous trouvereaient tout aussi peu préparés ou disposés à leur emploi.

Vers le neuvième ou dixième jour, quand la diarrhée ordinaire ne s'est pas établie; il est convenable d'administrer un léger purgatif. Mais il faut admettre aussi avec M. Guersant que *la nécessité* absolue de purgatifs à la suite de la rougeole est un préjugé qui peut avoir de sérieux inconvénients. Nous ne saurions en terminant trop prémunir contre le danger des *toux* qui persistent si souvent et si long-temps après la disparition de cet exanthème. Un exutoire au bras et le changement d'air offrent souvent beaucoup de garantie contre les conséquences de ces suites de rougeole (1).

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*, t. 1, pag. 187.

ROSÉOLE ET URTICAIRE.

§ II. La roséole est un exanthème éphémère qui dure environ d'un à sept jours ; il s'accompagne d'un mouvement fébrile plus ou moins prononcé, et se lie assez fréquemment à l'invasion de quelques maladies phlogistiques, particulièrement à celles du ventre; ou bien encore il coïncide avec le travail laborieux de la dentition, l'évolution d'une ou de plusieurs dents. Dans cette éruption, les taches sont arrondies, d'un rose foncé, très-rapprochées les unes des autres, plus grandes que dans la rougeole ; n'affectant pas l'aspect déchiqueté ou la forme semi-lunaire, propre à celles de ce dernier exanthème : elles n'offrent pas non plus l'étendue, la continuité et la coloration framboisée de l'efflorescence scarlatineuse. D'ailleurs, la roséole est sans angine (ce qui, le plus souvent, n'a pas lieu dans la scarlatine) et sans catarrhe pulmonaire (ce qui, encore, le plus ordinairement, est l'opposé dans la rougeole).

Cet exanthème n'est pas contagieux, non plus que l'urticaire, qui, parfois aussi, se manifeste sous l'influence de la dentition ; mais, du reste, les élevures blanchâtres entourées d'une auréole rose, qui caractérisent l'éruption ortiée, ne ressemblent nullement aux taches de la roséole.

Les symptômes précurseurs, l'agitation, la fièvre, les troubles fonctionnels généraux ou locaux peuvent être les mêmes dans toutes ces fièvres éruptives; enfin, l'éruption est presque toujours générale dans la roséole, elle est moins fréquemment telle dans l'urticaire, accompagnée de plus d'ardeur et de prurit à la peau. Dans l'une et l'autre de ces deux maladies, on observe quelquefois des départs et des retours irréguliers, et une légère desquamation leur succède quand l'éruption a été intense. Un des caractères de l'urticaire est de paraître et disparaître sans inconvénients.

A part les indications fournies par les complications et les accidents généraux, à part la précaution, par exemple, de provoquer le vomissement dans l'urticaire, si les matières délétères n'ont pas été rejetées, et si la fièvre ortiée reconnaît

pour cause l'ingestion de poissons de mer, de mollusques, de champignons, etc., etc.; à part, disons-nous, ces circonstances, le repos du lit ou même, dans les cas les plus légers, le séjour seul dans l'appartement, les boissons délayantes, quelques précautions hygiéniques, une diète ou une demi-diète sont les seuls moyens à employer dans ces exanthèmes, généralement accompagnés de peu de gravité.

PURPURA, FIÈVRE POURPRE OU PÉTÉCHIALE.

§ III. D'après Willan et Bateman, le purpura est un exanthème caractérisé par une éruption de taches violettes, circonscrites, ou pétéchies, qui résultent d'une extravasation sous l'épiderme du sang des extrémités des vaisseaux de la peau. Le purpura *simplex* ne s'accompagne ni de fièvre, ni d'aucun autre symptôme que les caractères physiques indiqués et un état général de faiblesse. Il n'en est pas de même du purpura *hemorrhagica*, dans lequel les taches ou ecchymoses sont plus considérables, plus étendues, semblent résulter des contusions déterminées par la flagellation, phénomènes accompagnés d'hémorragies et de congestions viscérales plus ou moins graves.

Ces maladies, du reste, sont rares chez les enfants, si ce n'est dans certaines classes où règnent la misère et toutes les causes d'insalubrité; nous insistons aussi très-peu sur ce sujet.

Le changement d'air, la réunion des conditions les plus favorables prescrites par l'hygiène, sans négliger les indications qui se présentent, tels sont les conseils thérapeutiques que l'on peut donner d'une manière générale.

SCARLATINE.

§ IV. Cet exanthème est caractérisé par une efflorescence de couleur framboisée dont l'éruption est générale, ou n'atteint que certaines parties du corps; elle commence par des petits points rouges confluents, et du front ou des parties latérales du cou s'étend à la bouche, à la gorge, au tronc, aux membres, et se présente bientôt sous une teinte uniforme.

Quelquefois, mais plus rarement, c'est au tronc et sur

les extrémités qu'on observe la première apparition des taches; elles ne s'étendent pas constamment non plus sur toute la surface cutanée.

Les symptômes précurseurs, comme dans les autres fièvres dites éruptives, sont (et abstraction faite de leur inconstance, ou des variétés qu'ils peuvent présenter) les suivants : frissons, céphalalgie, lassitudes, anorexie, vomissements, fièvre, agitation et quelquefois délire, phénomènes convulsifs. Ces symptômes peuvent aussi se continuer pendant la période éruptive.

Après deux ou trois jours, l'éruption a lieu, elle est accompagnée de chaleur vive, de démangeaisons, et presque toujours, chez les enfants, de mal de gorge. La possibilité de l'absence ou de la rencontre de cette angine, la présence ou non de complications et de troubles généraux plus ou moins graves, ont servi à la distinction des différentes variétés de cette maladie : 1° *scarlatina simplex*; 2° *scarlatina anginosa*; 3° *scarlatina maligna*.

Quand l'éruption est complète, achevée, la langue, recouverte d'une couche muqueuse à travers laquelle pointent les papilles, se dépouille, devient d'un rouge cramoisi ou vineux, et se trouve parsemée de corpuscules brillants, et comme semi-transparents, qui sont dus à la turgescence de ses papilles. Toute la bouche et le pharynx acquièrent, en général, aussi la teinte vineuse en question, et la déglutition est plus ou moins douloureuse. A cette époque, la fièvre est intense, la peau brûlante, sèche et aride, et la figure parfois gonflée.

L'éruption commence ordinairement à diminuer vers le cinquième et disparaît vers le septième jour : la desquammation lui succède; elle a lieu à la figure d'une manière furfuracée; mais sur le tronc, et surtout sur les membres, elle s'effectue souvent par plaques; le soulèvement de l'épiderme s'opère par lambeaux quelquefois assez considérables. La desquamation cutanée ainsi que la coloration de la langue durent quelquefois assez long-temps.

La scarlatine s'accompagne non-seulement d'angine (*scarlatina anginosa*, Bateman), stomatite, angine caractéristiques par la teinte de la bouche et le hérissement des papilles linguales; mais elle est fréquemment aussi compliquée de phlegmasies plus ou moins manifestes ou sourdes du côté du poumon et des bronches. Dans la scarlatine, le début a lieu presque toujours par un mal de gorge violent, et souvent par du délire, ou des symptômes nerveux, qui ne se rencontrent pas aussi souvent dans la rougeole. La fièvre et la chaleur de la peau de la scarlatine sont incomparablement plus intenses. Dans la rougeole, les phénomènes de catarrhe bronchique ou de phlegmasie pulmonaire sont, pour ainsi dire, constants. C'est à la suite du catarrhe rubéolique, et non à la suite de l'angine scarlatineuse, que les coqueluches opiniâtres attaquent les enfants, et que la phthisie les emporte. La couche, comme pseudo-membraneuse, qui recouvre la base de la langue des scarlatineux, n'est jamais aussi prononcée dans les graves rougeoles que dans les plus légères scarlatines.

L'œdème qui, dans un assez grand nombre de cas, suit la scarlatine, n'en est pas une des conséquences les moins graves; l'extension de cette maladie subintrante est quelquefois telle, que l'on voit le ventre et la poitrine se remplir d'eau. Les recherches de quelques médecins étrangers (Wels, Blackall, et surtout Hamilton d'Édimbourg, qui a observé et décrit une épidémie de scarlatine) tendraient à prouver que les enfants ne sont pas d'ailleurs exempts de la maladie décrite par Bright, et que l'œdème et l'ascite, suites assez fréquentes de l'exanthème dont il vient d'être question, ne tiennent pas toujours à un transport de l'irritation vers la séreuse péritonéale et le tissu aréolaire sous-dermoïde, mais qu'ils sont aussi, avec les urines albumineuses, symptomatiques de l'état granulé du rein.

Une observation détaillée et confirmative en ce genre, se trouve dans la *Gazette médicale* du 30 août 1834, elle a trait à une scarlatineuse âgée de treize ans, chez laquelle il y avait ascite et œdème, et chez laquelle on trouva à l'autopsie... les

reins a peu près doublés de volume; leur enveloppe se détachait avec la plus grande facilité; la substance corticale apparaissait à l'incision complètement décolorée et contrastait avec la substance tubuleuse d'un rouge vif. La surface externe du rein offrait d'ailleurs l'aspect du foie qui a subi la dégénérescence graisseuse.

L'anasarque consécutive est toujours grave, elle a quelquefois lieu d'une manière sourde et progressive; dans d'autres circonstances, elle revet une forme et suit une marche que l'on peut appeler aiguë.

La scarlatine, ainsi que les autres fièvres éruptives, se rencontre spontanément, isolément ou se montre sous les formes endémique ou épidémique. Ces épidémies ou ces endémies sont quelquefois fort bénignes et en d'autres circonstances présentent beaucoup de gravité. C'est de ce premier groupe ou genre dont entendait probablement parler Sydenham, quand il considérait cette affection comme fort légère. Des épidémies scarlatineuses *malignes* ont parfois, au contraire, eu aussi positivement lieu : une de ce genre a sévi dans le département d'Indre-et-Loire, et à été signalée par M. Bretonneau; qui a eu l'occasion d'observer pendant son cours L'angine scarlatineuse sans nulle éruption à la peau. Nous nous sommes déjà occupés, à propos de la rougeole, de l'existence de fièvres exanthématiques sans éruption, dont l'éventualité est moins rare d'ailleurs dans la maladie dont il s'agit que dans les autres sortes de fièvres éruptives. Stoll se demandait si la fièvre scarlatineuse sans éruption était aussi fréquente que la scarlatine sans angine.

Les moyens qu'il convient d'opposer à cette affection sont les suivants : boissons délayantes, adoucissantes, collutoires si l'enfant n'est pas trop jeune. S'il y a des symptômes cérébraux, cataplasmes sinapisés autour des jambes, sangsues derrière les oreilles, laxatifs légers; combattre également les complications de maladies inflammatoires aiguës par les antiphlogistiques. Les Anglais emploient les lotions d'eau froide et les purgatifs. Ces derniers moyens peuvent fomenter ou

allumer des phlegmasies graves du côté du ventre et doivent être rejetés comme dangereux, du moins dans la médecine des enfants. On n'est pas encore, généralement, assez fixé ici sur les effets des lotions et aspersions froides, pour rien décider à leur égard. Bateman en fait un grand éloge.

Le docteur Dewar d'Edimbourg, emploie toujours et répète autant et aussi souvent que dans le traitement des inflammations intenses, la saignée. Il dit que d'epuis vingt ans il a assisté à quatre épidémies de fièvre scarlatine, et que sa méthode a toujours parfaitement réussi; sur cent quatre-vingt-trois malades il n'en aurait perdu que deux (1). Nous rappellerons à ce propos ce que nous avons dit au traitement de la rougeole, au sujet des évacuations sanguines dans les fièvres éruptives.

Quelques bains généraux sont utiles vers le terme de la période de desquammation. En général, quand cette affection marche sans accidents sérieux, quand elle est simple et suit un cours régulier, il faut s'en tenir au repos du lit et aux boissons délayantes, en se rappelant que Sydenham disait que cette fièvre éruptive avait été surtont funeste par la trop grande activité du traitement.

On a conseillé, en Allemagne, la belladone comme moyen prophylactique de cet exanthème éminemment contagieux.

La teinture de belladone à la dose de quatre gouttes pour les enfants de deux a cinq ans et de six gouttes pour ceux de cinq à dix ans, administrée dans un demi-verre d'eau sucrée et continuée pendant douze à quinze jours (suivant la méthode des médecins allemands), auraient parfaitemt réussi, dans une épidémie de cette affection qui a sévi dans l'arrondissement de Bayeux en 1839 (2).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 21 août 1838.
(2) *Journal des connaissances méd. chirurg.*, août 1839.

VARIOLE.

§ V. Cette inflammation pustuleuse de la peau est contagieuse; elle suit ordinairement un cours régulier, que l'on divise en trois périodes, l'une dite *d'invasion*, l'autre de *suppuration* et la troisième de *dessiccation*, durant environ chacune quatre ou cinq jours; ces périodes sont encore précédées par une époque dite *d'incubation*, qui est le temps qui s'écoule depuis l'infection jusqu'à la manifestation de l'éruption, estimé environ aussi, lui-même, à quatre ou huit jours.

La variole, soit inoculée, soit naturelle, ne parcourt pas toujours régulièrement ces différentes phases, et parfois n'est pas moins inégale, aussi, dans sa durée.

Ces modifications diverses ne se rencontrent guère que chez les personnes vaccinées, ou qui déjà ont eu la variole, et constituent une variété de maladie désignée sous le nom de *varioloïde*. La *varicelle* diffère en ce qu'elle n'est pas contagieuse, qu'elle est formée par une éruption éphémère, plus ou moins générale, presque toujours discrète de *vésicules* transparentes, non déprimées au centre. Ces vésicules deviennent opalines, séro-purulentes et se dessèchent du cinquième au sixième jour.

L'éruption de la variole est souvent laborieuse chez les enfants; accompagnée de fièvre, d'agitation, et parfois même de délire, de convulsions. Les petites taches rouges que l'on observe au début de la variole sur la figure, le cou, la partie antérieure de la poitrine, etc., s'élèvent, deviennent proéminentes, saillantes, convexes, renferment une petite quantité de liquide semi-transparent. Dès les premiers jours de l'éruption, la dépression centrale a lieu; vers le quatrième, ce sont de véritables pustules purulentes et ombiliquées que l'on observe. On distingue des varioles *discrètes* et *confluentes* et *successivement* confluentes.

Le coryza, l'angine et la bronchite sont des complications très-fréquentes très-ordinaires de ces affections; elles sont presque inévitables par le fait de l'extension de la phlegmasie

pustuleuse vers ces différentes régions. Les pneumonies intercurrentes ou consécutives, quoique fréquentes, le sont moins cependant que dans la rougeole, mais beaucoup plus que dans la scarlatine où au contraire elles sont rares. Du huitième au dixièm jour, la dessiccation commence, et c'est par le centre des pustules et par celles de la face qu'elle a d'abord lieu. Après la chute des croûtes, il reste des taches rouges, qui persistent pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, et sont remplacées par une petite cicatrice, une excavation inégale, raboteuse et légère; cicatrices et coutures qui finissent par acquérir une teinte plus blanche que les parties voisines et intactes de la peau. Ces traces de la variole, celles qu'elle imprime sur la figure sont le plus souvent indélébiles.

Les pustules de l'intérieur de la bouche offrent quelquefois la dépression centrale; mais elles ne se terminent presque jamais par suppuration. Les pustules des membranes muqueuses, en général, ne présentent pas de dépression et ne renferment pas de liquide; elles se terminent par résolution, quelquefois par ulcération.

La variole occasione parfois des ophthalmies qui donnent lieu au ramollissement de la cornée, à l'altération des humeurs de l'œil et à la perte de la vue. L'hypérémie et l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-dermoïde de la tête, qui produisent la turgescence, le gonflement et la déformation de la figure, peuvent aussi s'étendre profondément, atteindre, entre autres parties, l'articulation temporo-maxillaire, et donner lieu à la soudure de cette arthrodie, à l'ankylose de la mâchoire. Les bulles que l'on remarque, surtout dans la variole confluente, n'appartiennent pas au pemphigus, mais sont dues à la réunion de plusieurs pustules varioliques. Ces bulles ont été, sans trop de raison, considérées par quelques auteurs comme un symptôme ou une sorte de présage fâcheux, si ce n'est par ces motifs que c'est dans les varioles confluentes qu'on les remarque surtout.

La variole, qui trop souvent se manifeste vers la fin d'une maladie dont l'issue est encore tout à la fois incertaine et dan-

gereuse, est presque sûrement mortelle; elle tue même avant que son évolution soit complète. Relativement au mode de développement des pustules, il est une circonstance à noter, c'est que celles-ci, dans le cas de variole confluente, peuvent être produites d'une manière successive, de telle sorte que des éruptions partielles se succèdent à certains intervalles, et de façon que la dernière fournée, pour ainsi dire, n'arrive que quand les premières sont déjà avancées dans leur cours. Favorable circonstance, en ce que la force de résistance des malades leur permet plutôt de soutenir ces atteintes morbifiques répétées et moins intenses, que de supporter une unique et plus puissante impulsion. La variole et ses variétés, ainsi que les fièvres éruptives précédentes, n'atteignent guère que les enfants qui ont au moins passé les dix ou douze premiers mois. La variole paraît surtout commune de un à cinq ans, puis elle diminue de fréquence très-sensiblement jusqu'à quinze ans; mais à cette époque elle reprend son activité, qu'elle conserve jusqu'à environ l'âge de trente ans. Au-dessous d'un an et surtout avant le troisième mois, elle est fort rare. Enfin les épidémies de variole sont généralement très-graves... Tous ces résultats semblent du reste prouvés par les faits consignés dans l'annuaire du bureau des longitudes.

Comme nous nous sommes assez minutieusement occupés, à propos de la rougeole (1), du traitement des fièvres éruptives, pour éviter les redites, nous ne ferons qu'énumérer, sous forme de mémorial thérapeutique, les principaux moyens conseillés dans la variole. Tels sont les boissons adoucissantes, acidulées; les gargarismes, les collutoires émollients; les antiphlogistiques généraux et locaux; les vomitifs, surtout au début et quand l'éruption se fait mal; les vésicatoires aux extrémités inférieures; le calomel. Dans la période de dessiccation, il faut recouvrir d'amidon en poudre les pustules ouvertes et les ulcérations. Enfin, nous terminerons ce qui concerne le traitement de cette maladie, en exposant l'analyse d'un mé-

(1) Voir le traitement indiqué à l'article *Rougeole*.

moire, de M. le docteur Nonat (1), sur l'emploi de l'emplâtre de *Vigo cum mercurio* dans la variole.

L'auteur trace l'historique de l'emploi du mercure dans la variole, moyen qu'il dit en usage chez les Chinois. Il cite en faveur de ce médicament, appliqué sous diverses formes l'opinion favorable de Baillou, Lobb, Dessessarz, Conradi, Vandenbosch, Van Swieten. Tout récemment, MM. Serres et Gariel ont étudié les modifications que l'emplâtre de Vigo fait subir aux boutons varioliques. M. Gariel conclut que l'emplâtre de *Vigo cum mercurio* et la litharge en poudre font à coup sûr avorter les pustules varioliques, même quand elles sont en pleine suppuration; le pus est réellement absorbé et non desséché, ce qui empêche la formation des cicatrices, et la résorption ne donne lieu à aucun accident.

A ces résultats M. Nonat vient ajouter ceux qu'il a recueillis.

Selon ce médecin, les pustules modifiées par l'emplâtre de *Vigo cum mercurio* prennent la forme de granulations solides papuleuses, qui diminuent à mesure que des écailles furfuracées se détachent de leur sommet. La desquamation s'opère en un temps d'autant plus long qu'on a plus tardé à appliquer l'emplâtre. Jusqu'au quatrième jour, on prévient avec certitude les cicatrices; les tubercules s'usent peu à peu, et ne laissent plus aucun vestige. Après le quatrième jour, l'emplâtre de Vigo ne peut plus que diminuer la profondeur des cicatrices.

L'effet abortif (2) aurait lieu à plus forte raison, ainsi qu'on

(1) *Gazette médicale*, septembre 1839.

(2) En admettant que la gravité de cette éruption n'est pas dans l'exhalation, et que toutesfois qu'on modifie l'état de la peau en empêchant le principe morbifique de s'établir, il ne peut exister le plus léger inconvénient, on met hors de doute l'opportunité du traitement abortif. C'est d'après ces idées et dans ce but qu'a été souvent employé, notamment par M. Serres, la solution de nitrate d'argent, appliquée à l'extérieur au moyen d'un pinceau. L'application de feuilles d'or sur le visage préalablement enduit d'huile d'amandes douces ou d'huile d'œuf, moyen dont le *Journal des sciences physiques* a enregistré quelques cas de succès obtenus par madame la

l'a observé, si l'emplâtre était appliqué quelques jours avant la manifestation de l'éruption. M. Nonat n'a pas expérimenté sur l'onguent mercuriel, auquel MM. Serres et Gariel attribuent les mêmes propriétés.

Mais le traitement abortif a aussi ses contr'indications. Il faut s'en abstenir, lorsque l'éruption se développe avec peine, et que la maladie prend un caractère de malignité. Et nous croyons aussi qu'il serait dangereux d'appliquer l'emplâtre de *Vigo* sur une grande étendue.

La vaccine est le moyen prophylactique de la variole, et le temps ne fait qu'accumuler les preuves du mérite de la découverte de Jenner. L'âge, le tempérament peuvent apporter des différences notables dans le développement plus ou moins hatif, dans la couleur et jusque dans la forme des pustules vaccinales. L'on sait que chez les enfants pâles, lymphatiques, la vaccine n'acquiert presque jamais l'intensité inflammatoire que l'on rencontre chez ceux d'une constitution sanguine prononcée, sans toutefois que pour cela ses propriétés contagieuses et préservatives subissent la plus légère altération. La vaccine a souvent la plus grande peine *à prendre* chez les très-jeunes enfants; maintes fois on est obligé d'en renouveler l'inoculation. Il faut cependant les vacciner de bonne heure, car l'infection variolique peut les atteindre dès l'âge le plus tendre.

L'apparition de boutons vaccinaux, développés parfois sans inoculation locale, semblerait mettre hors de doute qu'une partie du nouveau liquide qui se sécrète dans les boutons vaccins est successivement absorbé par les lympathiques, mélangé avec le sang, disséminé dans la circulation, projeté dans tous les tissus, et que ce n'est que par les changements que produit son action spécifique sur l'économie, qu'il détruit à jamais la susceptibilité à la contagion variolique.

Rien dès à présent ne peut être décidé d'une manière absolue relativement à l'opportunité de la revaccination. Les

comtesse de Montbesson, paraît d'ailleurs d'un essai tout-à-fait exempt de danger.

avantages et les inconvénients de cette pratique, de fait entièrement inoffensive, sont à peu près les suivants. L'affaiblissement ou l'altération du virus-vaccin n'est rien moins que prouvé, mais quand il plane quelques doutes à cet égard, ou s'il en existe sur la nature bonne ou mauvaise de la première éruption vaccinale, dans ces circonstances une nouvelle inoculation de virus peut faire taire ces craintes, offrir plus de garanties et de sécurité. Mais, d'autre part, une fois la persévérance de la vertu préservative de la vaccine mise en doute, un résultat moral fâcheux n'est-il pas aussi à craindre? La limite de cette action protectrice ne peut-elle devenir de plus en plus contestable et la confiance dans cette dernière s'ébranler et se perdre successivement aussi davantage (1)?

Ce sujet a beaucoup occupé l'Académie royale de médecine, et nous extrayons du *Rapport sur les vaccinations et revaccinations* présenté en 1838, à M. le ministre, par cette société savante, les conclusions qu'on va lire :

1° Une vaccination, dont les résultats ont été réguliers, est toujours le préservatif assuré de la variole, et que les cas exceptionnels, aussi rares qu'ils sont peu graves, au moins pour la plupart, ne sauraient infirmer cette règle générale;

2° L'affaiblissement ou l'altération du virus-vaccin est loin d'être prouvée; mais il n'en est pas moins utile de rechercher le cow-pox, et d'en faire une nouvelle source de virus;

3° Les revaccinations, qui d'ailleurs ne présentent aucun inconvénient, ont eu si peu de succès qu'elles ne sauraient

(1) Un argument peut-être encore a opposer aux craintes manifestées au sujet de la fausse-vaccine et de l'affaiblissement du virus-vaccin, résulterait des faits entrevus par M. Lombard, de Genève, et antérieurement même constatés par M. Dourlen, de Lille. Ces messieurs avancent, en effet, que le virus de la fausse vaccine peut produire une vaccine parfaitement régulière. Ce qui permettrait de penser que dans l'un et l'autre cas la vertu préservative pourrait être la même, et que les pustules vaccinales, en apparence mauvaises, seraient susceptibles de renfermer néanmoins un virus actif et énergique.

jusqu'à présent devenir une règle générale, soit pour le médecin, soit pour l'administration.

Une dernière conclusion serait d'encourager par tous les moyens possibles la propagation de la vaccine, et les vaccinations pratiquées avec soin, afin d'arriver à ce résultat si désirable : l'extinction de la variole dans toute la France, comme cela a lieu dans les localités où il ne reste jamais personne à vacciner (1).

§ VII. MILIAIRE.

Cette affection débute sous la forme de petites taches rouges, dont le nombre et la disposition n'ont rien de constant. On les observe d'abord au cou, sur le devant de la poitrine, à l'abdomen, à la partie interne des bras et des cuisses, et quelquefois jusque sur les avant-bras, les mains, les jambes et les pieds; bientôt au centre de ces taches se développent de petites vésicules, tantôt transparentes et séreuses, tantôt blanchâtres ou purulentes, se déchirant par le frottement le plus léger, toujours accompagnées d'une démangeaison plus ou moins vive et parfois de sueurs abondantes. La durée de l'éruption miliaire est très-variable; elle peut disparaître au bout de quelques heures, mais ordinairement dure de cinq à six jours. Le liquide des vésicules, qui restent intacts, s'épaissit et se concrète, et celles-ci laissent après elles des pellicules sèches ou de petites croûtes qui forment sur la peau de légères aspérités. La miliaire ne suit pas toujours une marche régulière, elle est quelquefois chronique sous le rapport de la durée ; elle peut être partielle, idiopathique, symptomatique ou épidémique. La miliaire partielle n'est souvent que symptomatique dans certaines affections graves avec chaleur intense à la peau, elle constitue alors ce qu'on appelle les sudaminas. La miliaire épidémique est souvent intercurrente, et constitue fréquemment une complication sérieuse connue sous le nom de *suette*. C'est plus particulièrement dans ces circonstances qu'elle s'accompagne de réaction générale, de symptômes généraux plus ou moins intenses.

(1) Voyez les conclusions du rapport pour les vaccinations en 1839 (*Bulletin de l'Acad. royale de médecine*, t. 6, pag. 671).

La miliaire en particulier complique souvent la variole, la rougeole et la scarlatine, sans exercer quelque influence bien sensible sur la marche de ces diverses affections. La miliaire a été considérée comme contagieuse, mais ce n'est guère que dans les circonstances épidémiques qu'elle apparaît véritablement telle et alors que presque toutes les maladies présentent l'apparence de ce caractère.

La miliaire idiopathique non compliquée ne réclame pour tout traitement, que les boissons délayantes, acidulées, la diète, ou un régime réduit au bouillon ou au lait, le repos du lit et d'ailleurs l'accomplissement de toutes les indications thérapeuthiques qui se présentent; dans la miliaire symptomatique, c'est l'affection générale qu'il faut combattre.

§ VIII. ECZEMA.

Des vésicules petites, situées les unes près des autres, ou entièrement agglomérées entre elles, dont la base n'est pas enflammée, ou du moins dont l'inflammation est très-légère, se manifestent dans l'eczema, sur différentes parties du corps. Cette maladie n'est pas contagieuse, n'est pas accompagnée de fièvre; elle est produite en général par une cause irritante, soit interne, soit externe (Bateman). Nous ne ferons que nommer les distinctions de l'eczema en solare, impétiginodes, rubrum simplex, aigu et chronique. Cette éruption est généralement assez étendue, non circonscrite, irrégulière, elle est précédée et accompagnée de chaleur et de prurit; le fluide renfermé dans les vésicules séreux, transparent et plus tard louche, laiteux, est résorbé progressivement, ou bien se dessèche et forme des croûtes brunes qui s'exfolient, ou des petites écailles d'un jaune brun; dans l'eczema chronique, les vésicules peuvent reparaître pendant long-temps pour se terminer comme il a été dit.

A part l'eczema du cuir chevelu, confondu quelquefois avec la teigne muqueuse (porrigo larvalis), et décrite par Alibert sous le nom de teigne amiantacée, à part quelques plaques d'eczema simplex, auxquelles donne parfois lieu le travail de la dentition, ces éruptions sont assez rares chez les enfants.

Les boissons délayantes acidules, les bains, les lotions émollientes, les laxatifs, sont les moyens qui conviennent dans les cas les plus simples et les plus récents. Le traitement de l'eczema chronique est long, difficile, incertain ; les antiphlogistiques qui peuvent être indiqués dans l'état aigu, ne réussissent pas ici. Beaucoup de remèdes ont été conseillés, et parmi eux les bains ou douches locales de vapeurs, les lotions et les bains alcalins, sulfureux, l'onguent citrin, soit pur, soit étendu dans un peu d'huile d'amandes douces, la pommade avec le calomel, les limonades végétales, minérales, les purgatifs, etc.

§ IX. HERPES.

L'herpes diffère de l'éruption précédente, en ce que les vésicules sont plus serrées encore, souvent plus petites, circonscrites, par groupes peu étendus, reposant sur une base enflammée. Le point où se développe l'herpes se tuméfie et devient rouge, il est le siége d'une chaleur âcre brûlante. On n'observe guère chez les enfants que l'herpes labialis et moins souvent l'herpes des parties génitales, l'herpes prépucialis. La première de ces variétés se montre à la partie externe des lèvres ; c'est plus particulièrement pendant les coryzas et à la suite des mouvements fébriles qu'on l'observe. Le fluide des vésicules se concrète et les croûtes tombent vers le septième où le huitième jour; mais quand on les arrache trop tôt il s'en forme de nouvelles. L'autre variété ne diffère que par son siége. Toutes les deux ont de petites dimensions et ne réclament aucun traitement spécial, tout au plus des bains, des lotions émollientes et astringentes.

§ X. LICHEN INFANTILIS, STROPHULUS.

Dans l'ordre des papules, l'espèce lichen et la variété désignée sous le nom de lichen strophulus ou de strophulus intertinctus, s'observe plus particulièrement chez les jeunes enfants; chez ceux à la mamelle et surtout pendant le cours de la première dentition. Billard pense avec raison que Bateman a beaucoup exagéré les complications du strophulus : parmi les nom-

breux enfants qu'il a vus atteints de cette affection à l'hospice des Enfants-Trouvés, il n'y en avait qu'un petit nombre qui fussent assez malades pour passer à l'infirmerie. C'est en général une maladie fort légère, exempte de tout danger, dont la durée est d'une ou plusieurs semaines et qui ne réclame d'autre traitement que quelques bains tempérés simples, à l'eau de son, ou à l'eau avec l'amidon; bains prescrits à l'enfant et à la nourrice, tandis que cette dernière est en outre soumise à l'usage de quelque boisson rafraîchissante. L'éruption est d'ailleurs plus ou moins partielle ou étendue, plus ou moins discrète, plus ou moins confluente, et les papules sont tantôt rouges, tantôt blanches, modifications qui forment les titres d'autant de subdivisions. Dans le strophulus intertinctus (aphthes ou gourme du visage des nouveau-nés), les élevures sont d'un rouge vif, distinctes les unes des autres, entremêlées de taches rouges et situées le plus communément sur les joues, les avant-bras, le dos des mains, quelquefois sur tout le corps. Tantôt et également ainsi que les papules *blanches* (strophulus albidus), elles sont disposées par petits groupes, peu nombreux, asser régulièrement arrondis et répandus sur diverses régions.

§ XI. ECTHYMA.

Cette éruption pustuleuse a lieu chez les enfants faibles, maladifs, cachectiques, soumis à un mauvais régime; elle n'est pas contagieuse et s'observe surtout à la suite des fièvres éruptives, et semble parfois se lier aux affections chroniques du ventre. Les pustules se montrent particulièrement au cou, aux épaules, aux bras, à la poitrine, quelquefois sur la figure et le cuir chevelu; leur base circulaire est rouge, dure et enflammée; leur volume irrégulier, leur nombre peu considérable et les distances qui les séparent assez grandes; elles suppurent, s'ulcèrent et se recouvrent de croûtes jaunes ou verdâtres. La durée de cette affection est assez longue; elle se prolonge quelquefois pendant plusieurs mois.

La principale indication à remplir est de chercher à améliorer l'état général; il faut faire choix de meilleurs aliments,

d'une meilleure nourrice, mieux entretenir l'enfant, etc. Pour le traitement extérieur, il se bornera à l'application de topiques émollients (cataplasmes de fécule de pomme de terre ou de farine de graine de lin, lotions avec la décoction d'eau de guimauve et de têtes de pavots; saupoudrer les ulcérations avec l'amidon en poudre).

§ XII. PORRIGO LARVALIS.

Le porrigo larvalis attaque presque exclusivement les jeunes enfants; il est caractérisé par une éruption de pustules qui se répandent sur le cuir chevelu ou la figure ou sur l'un et sur l'autre à la fois. Ces pustules sont agglomérées, superficielles, d'un blanc jaunâtre; elles se rompent et donnent issue à un fluide qui se concrète et se transforme bientôt en croûtes minces ou rugueuses, jaunes ou vertes. Les oreilles, les lèvres, et souvent toute la figure, se trouvent couvertes de ces croûtes; le nez seul et les paupières en paraissent exempts. A mesure que les pustules s'étendent, l'écoulement se reproduit; il suinte de dessous les croûtes, en augmentant ainsi leur épaisseur et leur étendue. L'écoulement, surtout au cuir chevelu, est quelquefois très-abondant et la peau est à certains endroits rouge et excoriée. C'est à cette dernière variété de siége de l'éruption qu'a été donné le nom de *teigne muqueuse;* elle constitue aussi ce que l'on a appelé les *croûtes de lait.* Quand la maladie est étendue, le prurit est vif et même douloureux. Lors qu'elle tend à la guérison, le suintement diminue, les croûtes tombent, se renouvellent moins, s'amincissent; la surface sur laquelle elles reposent est moins rouge, devient rose pâle, est le siége d'une desquamation légère qui cesse bientôt aussi. Cette éruption n'est nullement contagieuse.

Au commencement du porrigo larvalis, il est nécessaire de laver avec soin, deux ou trois fois par jour, la surface de la peau affectée, à l'aide de lotions adoucissantes, avec le lait, l'eau de gruau, celle de guimauve avec addition de quelques gouttes de laudanum, quand les démangeaisons sont vives; les bains simples ou à l'eau de son calment beaucoup aussi l'irritation

de la peau. On se sert également de cataplasmes émollients qui ont l'avantage de diminuer l'irritation locale, de faire tomber les croûtes, de mettre les parties sous-jacentes en rapport avec les substances médicamenteuses employées ; on a d'ailleurs soin de couper les cheveux très-courts quand l'affection occupe le cuir chevelu. Quand la bonne constitution du sujet et l'absence de tout autre état morbide ne font pas considérer la teigne muqueuse comme une sorte de dérivation utile, l'on peut dès le début s'opposer à son établissement ; employer des lotions, des pommades astringentes, des laxatifs. Lorsque l'éruption dure depuis un certain temps, il devient nécessaire de modifier les fonctions de la peau au moyen de lotions et d'applications sulfuro-alcalines ; et c'est alors aussi qu'il serait peu prudent de ne pas établir quelque exutoire.

La teigne muqueuse, ou plutôt le porrigo larvalis, car on ne réserve plus guère le nom de teigne qu'au favus, peut être facilement confondu avec l'impetigo et l'eczema inpetigenodes. Les suintements muqueux ou puriformes, que la peau des enfants présente dans quelques points et surtout derrière les oreilles, ne sont que le résultat d'une altération de sécrétion des follicules sébacés ou du derme, dont la surface privée d'épiderme sécrète continuellement une humeur qui se concrète sous la forme de croûtes jaunâtres. Cette légère indisposition, ordinairement favorable à la santé des enfants et à laquelle il ne faut opposer que des soins de propreté, ne peut être confondue avec les précédentes affections, beaucoup plus sérieuses.

§ XIII. PSORIASIS, PITYRIASIS.

Parmi les espèces de l'ordre des *squames* le psoriasis et le pityriasis et plus spécialement encore certaines de leurs variétés se rencontrent surtout chez les enfants ; d'une part c'est le psoriasis *diffusa* auquel Willan donne alors le nom de *psoriasis infantilis*, de l'autre, c'est le *pityriasis capitis*.

Le psoriasis se manifeste par des plaques plus ou moins étendues, plates, difformes, du moins dans le *psoriasis dif-*

fusa (les plaques de psoriasis guttata sont arrondies et plus élevées vers leur centre), et que recouvrent des squames plus ou moins épaisses et adhérentes. Il occupe plus spécialement les membres, mais peut s'observer aussi sur les différentes régions du corps. Il se développe assez rapidement chez les enfants et constitue une maladie grave, rebelle et une des affections cutanées qui, ainsi que le dit Billard, se communiquent le plus évidemment par hérédité. Le psoriasis peut, dans quelques cas, disparaître spontanément; les plaques pâlissent, s'affaissent et la peau reprend son état naturel. D'autres fois une espèce se change dans une autre, ainsi les psoriasis *guttata* et *diffusa* passent à l'état *invétéré*.

Au commencement, dans la période où l'irritabilité générale et locale sont accrues, on emploie les bains, les émollients, les onctions avec l'huile d'amande douce, camphrée ou non; on fait succéder à ces moyens les bains et les lotions alcalines, etc. Sans énumérer une foule de remèdes, conseillés dans les psoriasis anciens, invétérés, nous observerons que les préparations arsénicales ne sont pas applicables chez les enfants, et nous conseillerons davantage de recourir à la pommade de goudron (une partie sur quatre d'axonge) particulièrement employée par M. le docteur Émery, et presque toujours, nous a-t-il assuré, avec succès.

Le *pityriasis* ne doit pas être confondu avec la crasse du cuir chevelu qu'on observe chez les nouveau-nés, surtout dans quelques régions de la France ou des préjugés s'opposent encore aux soins de propreté aptes à la faire disparaître ou à l'empêcher de s'accumuler. Le pityriasis peut se montrer à la tête et sur différentes régions du corps; nous avons donné des soins à un enfant chez lequel il était général. Mais c'est le plus souvent sur le cuir chevelu et les parties supérieures de la figure qu'on l'observe. L'inflammation cutanée qui l'accompagne paraîtrait si faible qu'on aurait de la peine à trouver sous les lamelles nombreuses, fines, minces, blanches, sèches, furfuracées, la moindre rougeur. On oppose à cette affection les lotions et bains alcalins, une tisane amère, les douches de va-

peurs : souvent elle est si légère qu'il suffit de brosser légèrement chaque jour la tête pour voir cesser l'exfoliation.

§ XIV. ÉRISYPÈLE.

L'érisypèle est une inflammation simple de la peau. Ne diffère-t-elle de l'érythème que du plus au moins? Cette dernière n'atteindrait que superficiellement et dans moins de toute son épaisseur l'enveloppe tégumentaire, tandis que l'érisypèle l'envahirait en entier? Selon quelques médecins, cette affection ne serait jamais le résultatcomplet d'une causé externe et exigerait toujours au moins le concours d'une disposition particulière, d'une cause interne; qui seule pourrait, au contraire, suffire pour déterminer sa production. Elle ´a particulièrement été considérée comme symptomatique d'une irritation gastrique ou gastro-intestinale. La lésion anatomique de cette affection consisterait, selon M. Ribes (1), dans une inflammation des radicules veineuses, et dans une phlegmasie des radicules lymphatiques, suivant M. Blandin.

Quoi qu'il en soit, entre les érythèmes et les érysipèles, il ne semble le plus souvent exister que des nuances chez les enfants, et ces derniers exanthèmes ne paraîtraient nullement symptomatiques, ainsi que Billard en avait fait la remarque. Ceux de la face et du cuir chevelu qui reçoivent de ce siége, sous le rapport des symptômes etdu pronostic, des modifications tellement importantes, l'érysipèle ambulant, l'érysipèle phlegmoneux, si communément observés chez les adultes, constituent, à l'égard des enfants, des variétés tout-à-fait exceptionnelles. Les causes qui ont sur la peau une action directe, sont presque les seules dont l'influence soit bien reconnue chez eux, bien que l'érysipèle s'y rencontre quelquefois aussi d'une manière spontanée, essentielle. Les symptômes locaux ne diffèrent pas du reste de ceux qui se présentent habituellement : il y a également chaleur, cuisson, douleurs locales, rougeur, disparaissant momentanément sous la pres-

(1) *Mém. d'anat., de phys. et de pathologie*, Paris, 1841, t. 1, p. 28.

sion du doigt. Souvent les surfaces enflammées, d'un rouge plus ou moins foncé, luisantes, se recouvrent d'un grand nombre de vésicules ou de phlyctènes remplies de sérosité. Cette phlegmasie, qu'accompagne presque toujours un mouvement fébrile, peut disparaître brusquement, soit par délitescence, soit par métastase, ou se terminer par résolution, donner lieu à l'infiltration séreuse, séro-purulente ou purulente du tissu cellulaire sous-cutané, etc.

Cette affection se distingue plus particulièrement de l'érythème par son plus grand degré d'intensité, par la présence des phlyctènes, des vésicules et par les symptômes ou accidents généraux concomitants. On lui oppose les lotions mucilagineuses, les applications émollientes et même, au besoin, les sangsues placées à proximité ou sur le siége même de la phlegmasie. On prescrit d'ailleurs la diète, des boissons rafraîchissantes Un vomitif a quelquefois eu d'heureux résultats. On a aussi conseillé le vésicatoire pour fixer l'érysipèle ambulant; enfin, la compression a été vantée par M. Velpeau, mais plus spécialement dans l'érysipèle phlegmoneux.

§ XV. ÉRYTHÈME.

On donne ce nom à une inflammation plus ou moins superficielle du tissu cutané, non contagieuse, se manifestant le plus ordinairement sans trouble appréciable de l'économie; principalement caractérisée par une rougeur circonscrite, par des taches rouges plus ou moins claires, d'une forme et d'une étendue variables, se terminant par délitescence ou résolution, avec desquamation furfuracée de l'épiderme, et donnant rarement lieu à des excoriations. Ces taches peuvent être plus ou moins étendues, mais elles laissent du reste constamment entre elles des espaces nombreux où la peau est parfaitement saine; quelquefois il n'existe qu'une seule tache rouge, plus ou moins grande. Willan a décrit six espèces d'érythèmes, sous les désignations de lœve, fugax, marginatum, papulatum, tuberculosum, nodosum, et Alibert en a admis sept variétés. Généralement cette affection ne se complique point de sym-

ptômes généraux et ne dure guère que peu de jours. L'insolation produit fréquemment une éruption éphémère de ce genre, c'est ce qu'on appelle vulgairement alors *coup de soleil*. L'ingestion d'alimens âcres, irritants, de poissons de mer, de moules, détermine aussi parfois cette éruption ou l'urticaire. La négligence des soins de propreté, les frictions sur-irritantes à la peau, sont encore au nombre des causes de cette phlegmasie superficielle.

Des rougeurs érythémateuses se manifestent souvent, sur le cou et le tronc des enfants qui font des dents. Fréquemment aussi il s'en rencontre aux alentours de l'anus, aux plis des cuisses et vers les parties génitales, enfin sur les régions de la peau irritées par le contact des matières excrémentitielles (1). Les lotions émollientes, les bains remédient facilement à ces irritations légères et peu étendues. Dans les cas les plus simples, quand les enfants se coupent, comme on le dit vulgairement, il suffit de saupoudrer de poudre de

(1) A propos de ces érythèmes qui avoisinent les parties génitales, il est à remarquer que l'irritation peut se transmettre jusqu'aux tissus de ces organes eux-mêmes, et occasioner chez les petites filles des flux muqueux plus ou moins abondants. Ces écoulements qui ne sont pas très-rares, et, outre le défaut de soins de propreté, peuvent également se montrer d'une manière spontanée, être déterminés par la présence d'ascarides vermiculaires qui auraient cheminé jusque là, ou enfin peuvent résulter d'attouchements locaux, de mauvaises habitudes. Il est encore une autre affection plus grave, mais du reste assez rare, c'est la gangrène de la vulve. Cette inflammation gangréneuse se manifeste aux parties génitales externes et profondes, et se développe par suite de causes locales d'irritation; mais plus particulièrement dans les circonstances tout-à-fait analogues à celles qui paraissent influer sur le développement de la gangrène de la bouche. Ce rapprochement a été très-judicieusement établi par M. Ollivier, d'Angers (Billard, *Traité des maladies des enfants*, pag. 258, 716), les moyens qu'il convient d'opposer dans ces différents cas, sont, suivant les indications, les lotions, les bains simples ou émollients, les lotions légèrement astringentes, celles avec l'eau salée, avec l'eau chlorurée, en dernier lieu même l'application permanente de topiques de cette dernière sorte.

lycopode, et mieux encore d'amidon, les points affectés et qui ne tarderaient pas à devenir suintants et comme muqueux.

Quand l'érythème est assez étendu, on conseille les bains à l'eau de son, à l'amidon, les boissons acidulées, de légers laxatifs. Quand il est borné à un membre, à quelque partie du tronc, quelques lotions ou applications d'eau légèrement vinaigrée, d'eau avec addition de sous-acétate de plomb, le font assez promptement disparaître. Les lotions avec l'eau blanche ou l'eau vinaigrée conviennent surtout au début ou à la fin, dans les cas légers, dans ceux qui ont pour cause l'insolation. Dans l'érythème chronique, qui est assez rare surtout chez les enfants, on prescrit, lorsqu'il est lié à une constitution détériorée, l'usage prolongé des amers, une nourriture succulente, quelques laxatifs; à l'extérieur, les préparations et les bains sulfureux et alcalins. Dans l'érythème symptomatique, dans celui épidémique, c'est à combattre l'affection principale, c'est à satisfaire aux indications impérieuses qui se présentent, qu'il faut particulièrement s'attacher.

§ XVI. ENGELURES.

L'inflammation de la peau à laquelle donne lieu l'action du froid est trop généralement connue, ses symptômes trop à la portée de tout le monde, pour que nous croyions utile d'en présenter une description bien complète. On sait qu'il s'agit de rougeurs plus ou moins étendues, accompagnées de plus ou moins de gonflement, de tension, de douleur, de chaleur et de prurit; dernière sensation qu'exalte l'approche du foyer et la température chaude du lit. Le degré de l'affection est variable et assez souvent l'engelure s'ulcère; résultat cependant qui est plutôt en rapport avec la constitution individuelle, qu'avec l'intensité du mal; les plaies suppurent parfois long-temps et guérissent avec difficulté.

Le retour de la belle saison débarrasse assez promptement de toutes ces petites infirmités; mais cette attente pourrait être trop longue et non exempte d'inconvénients, aussi conseille-

t-on d'agir et indique-t-on une foule de moyens ; chacun a les siens et nous avons également les nôtres auxquels nous tenons, car ils nous ont le plus souvent réussi. Il n'est pas d'ailleurs de choses minimes en pratique où les riens sont souvent très-embarrassants. Il en est un peu ainsi à l'égard des engelures chez les jeunes enfants : on ne sait trop parfois qu'opposer en effet aux gonflements de cette nature qui affectent chez eux les tissus fins, spongieux et comme gélatineux des extrémités. Voici ce que nous prescrivons en ces circonstances : Le soir, à l'heure du coucher, oindre avec le liniment ci-après indiqué, les parties affectées, les recouvrir ensuite de papier de soie imprégné aussi légèrement du même liquide, puis enfin envelopper le tout de linge. On peut en outre, si le cas l'exige, pratiquer une ou deux fois dans le courant du jour quelques légères frictions ou onctions sur les points malades, au moyen d'un peu de coton imbibé des mêmes substances. Les onctions et frictions, au nombre de deux ou trois par jour, suffisent en général quand il s'agit d'enfants plus âgés.

Baume de Fioravanti.	2 parties.
Sous-acétate de plomb liquide. . .	3 parties.
Huile d'olives.	3 parties.
Acide hydrochlorique.	1 partie.

Remuer long-temps le mélange avant de s'en servir.

Cette préparation ainsi formulée est celle qui se trouve le plus ordinairement de mise; mais l'on peut du reste accroître ou affaiblir son activité en augmentant ou en diminuant la quantité d'huile ou d'acide. C'est encore elle que nous employons en supprimant l'acide hydrochlorique quand existent des ulcérations.

Quand les engelures débutent ou qu'elles sont peu enflammées, le vinaigre chaud, en frictions, assez souvent a suffi pour les faire flétrir et dissiper promptement.

§ XVII. NÆVI.

Les *nævi* ou *taches de naissance*, de l'ordre des macules, sont ce que l'on appelle vulgairement *les signes* ou *envies* : stigma-

tes à l'origine desquels bien des préjugés attribuent des causes peu rationellement croyables, au moins fort douteuses et toujours très-obscures. Le nævus est congénial et l'on en reconnaît deux sortes : l'une de ces variétés résulterait d'une modificatiou locale dans la matière colorante de la peau, d'une altération du pigment ; l'autre serait produite par des anomalies également locales dans le réseau vasculaire cutané, et sa coloration varierait du vermeil au bleu, selon l'intervention plus ou moins grande du système artériel ou du système veineux, dans la composition de la trame de ces sortes de tissus érectiles ou variqueux. La première espèce forme des taches d'une étendue et d'une régularité très-variable, d'une teinte qui se nuance depuis celle du café au lait, jusqu'au brun foncé ; elles ne dépassent guère le niveau de la peau, sont tantôt glabres, tantôt recouvertes de duvet ou de poils; elles n'augmentent guère non plus avec le temps, deviennent de plus en plus foncées et se rencontrent sur toutes les parties du corps.

Les taches sanguines sont généralement un peu saillantes ; leur coloration augmente ou diminue sous l'influence de la chaleur ou du froid et des modifications subies par la respiration ou la circulation ; elles existent surtout aux lèvres, aux ailes du nez, aux paupières, au pavillon de l'oreille, sur les faces latérales de la face, au cou, à la poitrine et aux parties génitales (taches de vin, etc.). Elles sont plus que les taches pigmentaires, susceptibles de dégénérescence, peuvent devenir le siége d'hémorrhagies, parfois revêtir les caractères des affections carcinomateuses, du fongus hématode. Quelquefois les éléments de ces deux sortes de macules se trouvent combinés et il en résulte des taches mixtes.

Aucun traitement ne doit, en général, être opposé aux nævi, qui ne constituent pas des maladies, mais de simples dispositions congéniales. Les cicatrices qui résulteraient d'opérations chirurgicales seraient d'ailleurs tout aussi difformes ou disgracieuses que ces taches. Cependant, quand les nævi vasculaires donnent lieu à de fréquentes hémorrhagies, et d'autant plus fâcheuses alors, qu'il est fort difficile de les arrêter, il devient par-

fois indispensable de les faire disparaître, et leur traitement appartient tout entier à la chirurgie. Après avoir nommé la compression et l'extirpation, nous rappellerons aussi que l'on a conseillé de circonscrire le nævus par des traînées de caustique de Vienne, de gagner de la sorte peu à peu de la circonférence au centre; quelques médecins, entres autre le docteur Hodgson de Birmingham (1), ont recommandé de faire des piqûres à la circonférence et à la surface de la tumeur, au moyen d'une lancette imprégnée de vaccin ou de tout autre liquide irritant, de solution de tartrate d'antimoine, par exemple. Le principe sur lequel reposerait cette méthode thérapeutique, consisterait dans la destruction, par la suppuration, du tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux anastomosés ou variqueux, et le résultat serait l'oblitération de ces mêmes vaisseaux..

§ XVIII. SYPHILIDES.

On donne le nom de syphilides à toutes les éruptions primitivement ou consécutivement établies qui se lient à un principe syphilitique. Ce cachet particulier est susceptible de s'appliquer aux huit ordes de dermatoses que nous avons précédemment nommés. Les caractères propres qu'on leur assigne dès lors sont la teinte cuivrée de l'éruption ou du produit morbide qui en est la suite; l'aspect tout particulier des ulcérations plus au moins profondes, à fond gris, à bords durs, calleux, taillés à pic; les formes bizarres des cicatrices, et le traitement spécial qui convient à toutes ces affections.

L'infection se transmet par hérédidé, par contact immédiat: la transmission s'opère du père ou de la mère à l'enfant, et ici il ne peut y avoir nul doute sur la manifestation possible d'emblée des phénomènes consécutifs, car c'est généralement par la production de ceux-ci que se montre la cachexie syphilitique chez les enfants (2). La possibilité de l'infection par contact immédiat, par inoculation s'effectuant au *passage* est pres-

(1) *Archives de médecine*, nº de janvier 1831.

(2) Rayer, *Traité des mal. de la peau*, Paris, 1835, t. 2, p. 368 et 465.

que abandonnée aujourd'hui, et l'on n'admet guère que celle qui aurait lieu de la nourrice à l'enfant, par suite de la succion d'un mamelon syphilitiquement ulcéré, ou inversement de l'enfant à la nourrice par le fait de l'application au sein d'une bouche chancreuse.

Chez l'enfant constitutionnellement infecté, les caractères de la maladie sont manifestes dès la naissance, et apparaissent fréquemment sous la forme de pustules ou d'ulcérations cutanées répandues sur toute la surface du derme, ou vers quelques points seulement; assez souvent autour de la bouche et au pourtour de l'anus. Ces symptômes ne se produisent parfois que quelque temps après que l'enfant a vu le jour.

C'est la mère ou la nourrice qu'il faut soumettre à un traitement antisyphilitique, quand un enfant non sevré est affecté de syphilide. Bien que l'on ait eu fréquemment lieu de porter un sinistre pronostic au sujet des petits êtres dont la santé générale est tout d'abord si gravement compromise, dans maintes circonstances, les résultats les plus heureux et les plus définitifs ont suivi l'emploi du mode de traitement (1) qui vient d'être indiqué; nous même avons eu lieu de nous applaudir de quelques succès analogues.

Si l'état de santé de la mère ou de la nourrice, ou d'autres considérations s'opposaient à ce que le traitement fût employé de la sorte, on pourrait, à l'exemple de quelques médecins, faire allaiter par une chèvre à laquelle l'on pratiquerait journellement des frictions mercurielles. MM. Cazenave et Schedel, rapportent que cet expédient a parfaitement réussi à l'hôpital Saint-Louis où il avait été tenté, et M. le docteur Verdé de Lisle nous a dit avoir présenté un mémoire à l'Académie de Médecine, dans lequel plusieurs exemples de réussites analogues se trouvaient relatés.

(1) On fait le plus généralement choix des frictions mercurielles et l'on emploie la graisse mercurielle double à la dose de 2 à 8 grammes par jour. Les frictions sont pratiquées alternativement à la partie interne de chaque membre, et l'on prescrit quelque tisane sudorifique de salsepareille édulcorée avec le sirop de salsepareille composé.

§ XIX. DES TEIGNES (1).

On désigne généralement sous le nom de *teignes*, des maladies très-diverses de la peau qui recouvre la tête. Plusieurs nosologistes sont même tombés dans de graves erreurs à cet égard. Willan et Th. Bateman, à qui l'on doit la classification des maladies de peau la plus usitée aujourd'hui, et sur laquelle toutes les plus modernes ont été basées, à l'exception de celles d'Alibert, ne sont pas exempts de cette faute. Ils placent les teignes, qu'ils nomment porrigo, dans les pustules, et en admettent six variétés sous les noms de larvalis, de furfurans, de lupinosa, de scutulata, de decalvans et de favosa. Il est facile de démontrer que non-seulement ils ont réuni des maladies différentes les unes des autres sous le nom de porrigo, mais même qu'ils n'ont pas été fidèles à leur classification générale. Ainsi le porrigo decalvans marqué seulement par la chute des cheveux n'est pas une maladie pustuleuse, le porrigo furfurans est une affection squameuse sans pustule, sans suppuration et qui n'est pas contagieuse. Le larvalis correspond aux croûtes de lait, à la teigne muqueuse d'Alibert. C'est un impétigo avec suppuration jaune et abondante qui n'a rien de commun avec deux des trois autres qui atteignent profondément la peau de la tête, et qui ne sont que des variétés d'une seule et même maladie. Alibert, dans son dernier ouvrage, réunit dans son troisième groupe des dermatoses teigneuses, quatre genres, sous les noms d'achor, de porrigo, de favus et de trichoma, des maladies qui n'ont de semblable entre elles que le lieu qu'elles occupent. Le premier genre qui comprend deux espèces, la teigne muqueuse et la lactumineuse, ne renferme pas même deux maladies semblables. La première est un impétigo ou une mélitagre appartenant à son quatrième groupe; la seconde est un pityriasis des enfants; dans le deuxième genre, sous le nom de teigne porrigineuse, il a groupé les furfuracées, les amiantacées, les granulées et les tonsurantes; la première est une pityriasis ou sa furfuracée,

(1) Article communiqué par M. le docteur Emery, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

la seconde est un eczéma appartenant à son herpes squamosus; la troisième est un impétigo ou une variété de la mélitagre, enfin la quatrième ou la tonsurante, est le porrigo décalvans de Bateman. Son troisième genre comprend, sous le nom de favus, les deux seules maladies auxquelles il faille réellement conserver le nom de teigne : l'une est le favus vulgaire, et l'autre est le favus scutiforme qui correspondent aux porrigo lupinosa et scutulata de Bateman, et à la teigne lupinosa de Guy de Chauliac. Quant à ses trichoma ou plique polonaise, Alibert les a rangés, dit-il, avec les teignes, parce que le bulbe des cheveux, dans cette maladie, laisse suinter un liquide gluant qui réunit les cheveux et les poils entre eux. Cette dernière maladie qui n'existe que dans le Nord a été décrite d'une manière si différente par les auteurs et les voyageurs, qu'on ne peut établir ses liens de parenté avec aucune autre. Pour moi, j'ai vu deux jeunes Polonais atteints, disait-on, de la plique; l'un avait un impétigo, une teigne muqueuse d'Alibert, et l'autre un porrigo favosa; les cheveux de tous deux étaient agglutinés de telle sorte, que le moindre mouvement occasionait non-seulement de la douleur, mais un écoulement de sang plus ou moins abondant. Si une erreur est pardonnable, c'est certainement celle dans laquelle est tombé Alibert.

Les maladies qu'il a rassemblées dans ses dermatoses teigneuses affectent fréquemment les enfants depuis le moment de leur naissance jusqu'à l'âge de la puberté.

Ce sont ces erreurs de classification et de diagnostic qui ont répandu des doutes sur la nature de la teigne, et donné naissance à des traitements tout-à-fait opposés.

Sans m'arrêter à décrire toutes les affections qu'on a si improprement désignées sous le nom de teigne, je dirai que je donne ce nom à une maladie de la tête, caractérisée par l'apparition d'une croûte d'un jaune blanchâtre, formant des espècesde godets plus ou moins larges, qui ressemblent à des cellules d'abeilles, très-souvent traversées par un ou plusieurs cheveux ou poils. Ces croûtes qui suivent des phases diverses

commencent par de petites capsules à peine visibles, qui augmentent peu à peu. Planes d'abord, bientôt elles offrent une dépression centrale et des bords élevés, puis le centre se développe extérieurement et intérieurement, s'ouvre en dehors où il laisse apercevoir une matière d'un blanc jaunâtre. Elle se montre constamment sur la tête et quelquefois aussi, en même temps, sur diverses parties du corps, dont quelques-unes sont complètement dépourvues de cheveux ou de poils. Des pustules nombreuses les accompagnent. Les produisent-elles? C'est ce qui est en question; je vais dire quelles sont les opinions diverses qui ont été émises à ce sujet. On a donné à ces croûtes le nom de favus; plus ou moins larges ou plus ou moins adhérentes, suivant leur ancienneté, on trouve au-dessous d'elles le tissu de la peau légèrement ou profondément altéré suivant la date de la maladie; les croûtes faveuses une fois tombées ne se renouvellent pas ordinairement à la même place. La peau qu'elles recouvrent est d'un rouge violacé, sans ulcération, à moins que la maladie ne soit très-ancienne, elle présente des inégalités et des dépressions qui correspondent à leur face interne.

Alibert à qui l'étude des maladies de peau est si redevable, partage l'opinion de Murray, Sauvage, Mahon, etc., sur l'origine des favus. Il croit qu'ils sont dus à une excrétion morbide des follicules sébifères, et qu'en vertu d'une sécrétion *sui generis*, la matière fournie par ces cystes s'y sécrète en plus grande abondance, s'y amoncèle, et s'y coagule en perdant sa fluidité habituelle. M. Baudelocque, médecin de l'hôpital des Enfants, qui a publié un très-bon travail sur la teigne (1), pense comme Underwood et Duncan, que le bulbe des cheveux est le siége de la maladie, que ce n'est pas une affection pustuleuse, et que celles qu'on observe pendant sa durée lui sont étrangères, qu'elles l'accompagnent mais ne l'engendrent pas. MM. Cazenave et Schedel sont, au contraire, comme Lorry, de l'avis que les favus succèdent à des pustules dont ils décrivent les caractères avec soin. M. Rayer (2) qui

(1) *Revue médicale*, 1831.

(2) *Traité pratique des maladies de la peau*, Paris, 1835, t. 1, p. 697.

partage cette dernière opinion, regarde en outre les pustules comme la maladie elle-même; il place leur siége dans le tissu de la peau, la lésion des tubes et des bulles pilifères tient, selon lui, à l'envahissement du mal qui gagne de proche en proche. M. Letenneur, dans une très-bonne thèse presentée et soutenue le 18 juin, à la faculté de médecine de Paris, a émis l'opinion que le tube pilifère seul était le point malade dans la plupart des favus; que cette maladie n'en atteignait qu'une portion, et que ce n'était que dans des cas très-rares, lorsque le tissu de la peau était altéré en entier, que le bulbe se trouvait aussi malade. Admettant après, comme MM. Rayer, Cazenave et Schedel, que les croûtes faveuses sont le résultat d'une pustule, il a observé aussi, comme M. Baudelocque, des pustules étrangères aux croûtes faveuses qu'il a pu cerner et qu'il a vu se dessécher sans en produire. Il est hors de doute pour tous les médecins qui ont suivi la marche d'un certain nombre de teignes, que pendant le cours de cette affection, soit qu'on lui oppose un traitement régulier, soit qu'on l'abandonne à elle-même, il se développe à côté des véritables favus des pustules qui envahissent la peau de la tête, les conduits pilifères en grand nombre, les glandes acuminées, les conduits sébifères et qui se dessèchent sans produire de favus. En est-il toujours ainsi? je le crois, mais je n'en suis pas absolument certain. Biett, selon M. Letenneur, croyait que les glandes acuminées, qui sont destinées à sécréter le fluide qui sert à huiler le cheveu lorsqu'il sort de son conduit, étaient le siége des favus. On voit souvent aussi quand on fait raser la tête d'enfants atteints d'une teigne faveuse, tout le cuir chevelu se couvrir d'une quantité innombrable de pustules d'impétigo, qui envahissent presque tous les conduits pilifères sans qu'il en résulte pour cela des croûtes faveuses. Abandonnées à elles-mêmes elles ne tardent pas à se dessécher, et les croûtes qui en résultent tombent rapidement. Mais a côté vous voyez de petites cupules faveuses se développer, grandir et s'étendre comme je l'ai dit plus haut, le mal gagnant de proche en proche la tête ne tarde pas à se couvrir d'une calotte jaunâtre, farcie de

petites excavations, au milieu desquelles on voit surgir les cheveux plus ou moins altérés. Le diamètre des croûtes et leurs formes sont extrêmement variables, et à côté de favus déprimés on en voit d'autres saillants déchirés, présentant dans leur milieu une substance d'un blanc jaunâtre, plus blanche et plus friable que celle des bords, et qui sont en même temps plus enchâssées dans le tissu du derme. Après le cuir chevelu, la teigne atteint le front, le visage, les bras, les jambes, le tronc; en général les parties où la peau adhère assez fortement aux os par un tissu cellulaire dense et privé de graisse.

Dans la teigne, qu'on a désignée sous le nom de porrigo scutulata ou scutiforme, et en Angleterre sous celui de ringworm (S. Plumbe), en France de nummulaire, d'annulaire, et qu'on appelait anciennement à Saint-Louis le favus squarosus, les croûtes faveuses sont rapprochées les unes des autres, peu saillantes, larges, à bords épais, rugueux, existant le plus souvent sur le sommet de la tête. L'aspect de ces croûtes est moins jaune; mais elles exhalent la même odeur, sont aussi traversées par des cheveux et, quand on les enlève, laissent voir, si elles sont très-anciennes, une dépression profonde du cuir chevelu, quelquefois des ulcérations; mais d'autres fois, quand la maladie est récente, le tissu sous-jacent seulement rouge ou légèrement violacé, sans aucune lésion du tissu de la peau. Cette maladie me paraît en tout semblable au porrigo favosa de Biett, MM. Cazenave et Schedel, au lupinosa de Guy de Chauliac et de Bateman, et n'être qu'un favus à un degré différent. A côté de lui, il est très-ordinaire de rencontrer des favus commençant avec ou sans dépression centrale. Quand la teigne n'envahit que le sommet de la tête, il n'est pas rare de voir un eczema se développer autour et au-dessous des croûtes, et donner naissance à des squames assez nombreuses pour jeter du doute sur le véritable caractère de la maladie et occasioner des erreurs de diagnostic.

La cause principale des divers favus, s'il faut en croire la plupart des auteurs, est la contagion et après elle l'hérédité.

La première de ces causes, à qui l'on fait jouer un si grand rôle depuis long-temps, me paraît ne pas avoir été bien appréciée. Alibert, après en avoir été très-partisan, avait fini par modifier beaucoup sa manière de voir vers la fin de sa carrière, et il n'admettait plus la contagion qu'avec une extrême réserve et de grandes restrictions. Bien que cette opinion soit contraire à celle des dermatologistes modernes, je la partage entièrement, et si les expériences des élèves d'Alibert ont été faites avec soin, elles forment, avec les miennes, qui sont au nombre de soixante, une masse de faits qui doit singulièrement ébranler les idées que l'on a sur le caractère éminemment contagieux de la teigne, que je ne nie pas cependant. Sans entrer ici dans de longs détails sur mes recherches à ce sujet, ce qui m'entraînerait trop loin, je dirai que non-seulement j'ai recouvert la tête d'enfants, de jeunes gens, d'hommes et femmes adultes de vêtements de personnes atteintes de teigne faveuse, mais que j'ai appliqué les croûtes mêmes de favus sur des endroits sains ou ulcérés, sur des plaies récentes, sans avoir jamais pu faire naître une seule fois la teigne. Je ne dis pas pour cela que d'autres n'ont pas obtenu ou n'obtiendront pas des résultats différents. J'affirme que les idées que l'on a sur la contagion de la teigne, sont très-exagérées, et que tous ces cas que l'on cite si complaisamment, d'enfants qui ont contracté la teigne en touchant d'autres enfants qui en étaient atteints, en habitant le même lieu, en se servant du même peigne, etc., doivent être regardés comme non avenus dans la science, et que ce point de doctrine médicale attend de nouveaux faits et des expériences nouvelles pour être bien éclairci. Il n'en est pas de même de l'hérédité : une foule d'enfants teigneux sont nés de parents qui avaient été atteints de cette maladie dans leur enfance, ou même qui la portaient au moment de leur naissance. Mais des causes qui agissent plus puissamment encore sont l'habitation dans des lieux où l'air est humide, infect ou corrompu, la mauvaise alimentation, la disette, la famine, l'usage d'eau putréfiée; fréquemment l'on voit la teigne faveuse se développer avec la scrofule sous ces fâcheuses influences. C'est

en visitant les maisons de travail et de correction, où les enfants sont entassés, et les asiles de la misère, que l'on acquiert bientôt la conviction de la puissante influence des causes que je viens d'énumérer. Les favus attaquent les enfants dès leur plus bas âge, surtout s'ils sont nés de parents qui en avaient été affectés et quand ils se trouvent exposés aux causes que je viens d'indiquer. Cette maladie est souvent méconnue, confondue avec des impétigo de diverses espèces et prise pour ce que l'on désigne vulgairement sous le nom de gourme. Cette erreur est d'autant plus funeste, que la teigne est du nombre des maux qui ne se guérissent pas d'eux-mêmes; qu'au contraire, elle va toujours en gagnant d'étendue et finit en attaquant toute la peau de la tête, par amener une alopécie incurable.

J'ai vu des favus se développer depuis les premiers mois de la naissance jusqu'à l'âge de la puberté; mais après les dix premières années, la teigne devient moins fréquente et n'atteint plus que les scrofuleux ou des enfants qui n'ayant point apporté cette maladie en naissant, la contractent avec la teigne sous l'influence des causes fâcheuses que j'ai indiquées plus haut. La puberté arrivée, on ne voit plus que des récidives après une ou plusieurs années de guérison. Plus de cinq cents teigneux m'ont passé entre les mains, et je n'ai jamais pu constater un seul exemple de teigne spontanée après dix-huit ou dix-neuf ans. M. Baudelocque a cherché à expliquer le mécanisme de la formation des favus et des croûtes qui les recouvrent d'après ses idées sur le siége de cette maladie dans le bulbe. Voici du reste comment il s'exprime : « Je suppose, » dit-il, un follicule pilifère atteint de *cette modification vitale:* » la matière qu'il sécrètera, et qu'on peut appeler faveuse, » remplira cette cavité, s'y concrètera, formera un petit tuber- » cule. La sécrétion continuant à se faire, le liquide se dessè- » chera autour du petit tubercule déjà formé, augmentera son » volume, et bientôt la cavité folliculaire s'en trouvera remplie, » puis distendue. Cependant la matière faveuse cherchant à » s'échapper au dehors, pénètre dans la portion rétrécie, dans » le col du follicule et retenue à son orifice par l'épiderme,

» elle s'y dessèche en faisant corps avec cette pellicule inorga- » nique. A mesure qu'une nouvelle quantité de matière fa- » veuse est dirigée vers l'extérieur, elle dilate le col et l'orifice » du follicule, arrive jusqu'à l'épiderme avec lequel elle s'u- » nit en se concrétant autour de la portion déjà solide; cette » portion, d'abord conique, s'élargit et finit par se convertir » petit à petit en un corps cylindrique, puis en une surface lé- » gèrement convexe, à mesure que l'orifice s'agrandissant de » plus en plus, vient se placer presque au niveau du fond du » follicule, dont la cavité se trouve transformée en une exca- » vation très-superficielle. » Et il ajoute plus loin : « On com- » prendra facilement pourquoi le tubercule primitif, intime- » ment uni à l'épiderme, ne se soulève pas avec lui, si on se » rappelle que dans les premiers temps ce tubercule a exacte- » ment la forme de follicule, qu'il présente une portion arron- » die, surmontée d'un point rétréci, comme étranglé, lequel » s'élargit au dehors de l'orifice. Ce tubercule, tiraillé par l'é- » piderme qui tend à le soulever, est retenu dans la cavité du » follicule par le col qu'il ne peut franchir, il reste immobile : » ce n'est que quand le col du follicule a disparu, a été com- » plètement élargi, que la croûte faveuse peut être aisément dé- » tachée de la peau. » Cette explication est ingénieuse, mais est-elle exacte ? M. Baudelocque est parti d'un fait anatomique contesté pour en déduire des conséquences pathologiques, et par conséquent elles peuvent manquer d'exactitude. Ainsi, il pense que les follicules des cheveux ont leur siége dans le milieu du derme; ce qui s'accordait parfaitement avec ses remarques judicieuses sur la profondeur des lésions auxquelles atteignent les croûtes des favus par leur face profonde; mais on dit qu'il est démontré aujourd'hui que les bulbes pilifères se trouvent attachées à la face interne du derme, dans un lieu que la teigne n'atteint que bien rarement et seulement lorsqu'elle est ancienne et que tout le tissu de la peau est profondément altéré. S'il en est ainsi, cette théorie n'est plus admissible.

M. Letenneur, après avoir rappelé la lésion qui atteint l'extrémité de conduits pilifères dans les favus, dit que la pustule

se forme par l'accumulation sous l'épiderme d'une petite quantité de pus jaunâtre, qu'elle ne dépasse pas le niveau de la peau, et que c'est par sa dessiccation du troisième au quatrième jour que la croûte faveuse se forme, d'abord petite et brillante, elle se montre sous la forme d'une petite cupule exactement arrondie, à bords relevés, que l'épiderme recouvre les premiers jours, et il ajoute, qu'adhérente par sa face profonde, elle y offre un aspect mamelonné et y est humide, et qu'il n'a jamais vu d'étranglement ni de point rétréci au lieu de réunion des deux portions qui la composent, comme le pense M. Baudelocque. Un jeune médecin hongrois, M. Gruby, a fait sur les croûtes des favus des recherches qui méritent une mention particulière. Il ne s'est pas borné à en suivre les progrès depuis leur origine, mais il les a soumis au microscope, dès leur apparition jusqu'au moment où elles ont acquis leur entier développement; il a vu ou cru voir qu'elles naissaient entre les lames de l'épiderme qui leur formait ainsi une enveloppe complète, qui se brise à leur circonférence sitôt qu'elles ont acquis un certain volume. A leur naissance, elles paraissent comme un petit point à surface plane dont les bords ne tardent pas à s'élever; bientôt on découvre dans le milieu une petite ouverture qui correspond à la cavité qui se creuse dans le centre dont les deux surfaces externe et interne s'éloignent. La première ne tarde pas à dépasser les bords, à se rompre et à se renverser sur eux, qu'elle recouvre d'une matière plus friable, et moins jaune que celle qui sert à les former. La face interne, en s'enfonçant dans le tissu de la peau, y fait naître ces dépressions qui doivent recevoir les petits mamelons, que tous les auteurs ont signalés à la face interne des croûtes faveuses.

Examinées avec une lentille grossissante, on suit très-facilement la marche des croûtes faveuses, et on les voit parfaitement se comporter comme je viens de le dire, soit qu'on les examine sur des teigneux vivants, soit qu'on les ait détachées et soumises au microscope sous une lentille dont le grossissement ne dépasse pas quatre-vingts fois le volume de l'objet. Avec une lentille de ce genre, M. Gruby croit avoir reconnu que les favus

sont des espèces de cryptogames du genre fongus qu'il nomme mycoderme, qui non-seulement en présentent l'aspect et la forme depuis leur origine jusqu'à leur maturité la plus complète, mais encore quand ils sont arrivés à cette dernière époque, si on les divise et si on en soumet quelques portions à des lentilles qui augmentent trois ou quatre cents fois l'objet, M. Gruby reconnaît parfaitemeut les fruits ou sporules qui existent dans l'intérieur de la cavité, comme cela a lieu dans les autres fongus appartenant au règne végétal. Il pense, en conséquence, que les favus se reproduisent par ces semences que les racines portent de tout côté, dans les canaux pilifères et dans les autres conduits, sur les cheveux et sur les poils qu'ils altèrent profondément, et sur d'autres points de l'épiderme. Les dépressions que produit sur le derme le développement de la face interne des favus, ne présentent jamais d'ulcération, selon M. Gruby ; mais cela n'est vrai que pour les favus superficiels, car beaucoup de ceux qui sont fortement enchâssés dans le derme provoquent une véritable suppuration en irritant et déchirant ce tissu. Il est vrai aussi que dans un assez grand nombre de cas, on peut détacher la croûte faveuse sans léser la place subjacente, et que la dépression qui en résulte ne tarde pas à gagner le niveau de la peau sans laisser trace de cicatrice. Le diagnostic des favus est facile à établir. Il existe toujours sur diverses parties de la tête des personnes qui en sont atteintes, des croûtes sèches de formes diverses, mais dont un certain nombre offre des godets dans le centre, tandis que d'autres n'ont que des élevures, des granulations d'un blanc plus ou moins jaunâtre, traversées par un ou plusieurs cheveux, agglomérant les autres entre eux, et exhalant une odeur d'urine de chat ou de souris. Presque toujours autour de ces croûtes on aperçoit un certain nombre de petites pustules jaunes, à peine élevées au-dessus du niveau de l'épiderme qui comprennent un ou plusieurs cheveux. Ces derniers manquent par place, d'autres sont minces, lanugineux, pour peu que la maladie soit ancienne. Aucune affection de la tête n'offre ces caractères. Le porrigo granulata que l'on pourrait confondre avec la teigne faveuse,

a bien aussi des granulations qui s'attachent aux cheveux et les lient entre eux, mais ces granuulations sont d'un jaune noirâtre, et celles qui sont attachées sur la tête ne sont jamais creusées dans le centre, ni brisées à leur surface externe, et après leur chute, qui arrive facilement par l'application d'un cataplasme, on ne rencontre pas les dépressions qui restent après la chute ou l'arrachement des favus; enfin elles n'exhalent jamais l'odeur d'urine de souris ou de chat. Quant au porrigo larvalis à l'achor muci-fluens d'Alibert, l'existence de pustules jaunâtres, les croûtes humides et jaunes qui recouvrent la tête, la douleur qui les accompagne, l'existence de pustules sur le col, le visage, l'absence de l'odeur caractéristique des favus, sont des caractères tellement distinctifs qu'il est impossible qu'un œil tant soit peu exercé les méconnaisse. Quant aux ulcères syphilitiques et à la lèpre vulgaire qu'on a confondus quelquefois avec la teigne, ils ont des caractères si tranchés qu'il faudrait être absolument étranger à l'étude des maladies de peau pour commettre de semblables erreurs.

Quoique le pronostic de la teigne ne soit pas fâcheux, néanmoins il doit toujours être grave; car on a vu quelquefois la mort arriver à la suite de teignes négligées; non-seulement le derme entier avait été envahi, mais les os eux-mêmes étaient altérés. Dans le plus grand nombre des cas, la durée de la maladie est longue, les récidives fréquentes, et quelquefois elle résiste au traitement le plus rationnel; enfin dans les cas les plus favorables, une alopécie plus ou moins étendue et la plupart du temps incurable annonce le passage de cette grave affection. Quand les cheveux repoussent ils sont minces, presque toujours lanugineux et cachent mal l'alopécie.

Il est peu de maladies contre lesquelles on ait proposé un plus grand nombre de traitements; tous les inventeurs de secrets se sont exercés contre elle, et, à l'exception de celui des frères *Mahon*, aucun n'est resté dans la pratique. Ces derniers ont évidemment obtenu un certain nombre de guérisons par l'emploi du moyen dont il font encore un secret, que je ne chercherai point à pénétrer, bien que M. Chevallier ait publié dans un for-

mulaire, à l'article *Poudre épilatoire*, que les n. 1, 2 et 3 étaient composés de chaux éteinte, presque carbonatée, de sous-carbonate de potasse, de silice, d'alumine, de charbon et d'oxyde de fer. Je suis bien convaincu, avec mon très-honorable confrère M. Cazenave, qu'ils doivent une partie de leurs succès au soin qu'ils mettent à panser eux-mêmes les malades, et à ce qu'ils traitent souvent des maladies étrangères à la teigne. Leur traitement est cependant loin d'être infaillible; car bien souvent des malades qu'ils avaient traités jusqu'à deux et trois fois, sont venus à Saint-Louis réclamer mes soins et ceux de mes collègues, ayant la tête couverte de favus. Journellement encore il m'en arrive, soit dans mon service de Saint-Louis, soit dans ma pratique particulière. Les teigneux réclament toujours les plus grands soins de propreté, avant toute chose, et un traitement local approprié. Beaucoup de médecins pensent aussi qu'il est indispensable d'appliquer un traitement général à la teigne, pour détruire la cause à laquelle ils attribuent cette maladie, et prescrivent des dépuratifs de toute espèce, soit en décoction, soit en sirop. Mais les médecins spéciaux, ceux entre les mains de qui il en passe un grand nombre, ont renoncé à leur usage et se contentent d'un régime nourrissant et de l'usage de quelques boissons adoucissantes et légèrement acidulées; parfois ils unissent à ces moyens de légers laxatifs. La complication de la scrofule apporte seule des changements notables au traitement et réclame l'emploi des amers, des toniques et des préparations iodurées, enfin tout l'appareil des moyens qu'on oppose à cette dernière maladie. Il est encore un moyen contre lequel il faut se mettre en garde, bien qu'il ait été très-vanté tout récemment, c'est l'emploi des vésicatoires, soit au bras, soit autour de la tête. C'est non-seulement une médication inutile, mais quelquefois il survient des favus autour d'eux sans qu'on puisse savoir comment ils se sont propagés jusque là.

Pour commencer un traitement local, rationnel, on doit d'abord faire couper les cheveux très-courts, ou même les faire raser, excepté sur les points où ils sont liés aux favus. Dans ce lieu on les oint avec de l'axonge, et on les saupoudre de chaux, et le

lendemain on lave toute la tête avec de l'eau de guimauve ; on la couvre ensuite d'un large cataplasme pendant deux ou trois jours avant de procéder à l'emploi d'un moyen curatif. Voici ceux que j'administre depuis plus de dix ans , et dont j'ai obtenu souvent des succès durables après un temps plus ou moins long, suivant la durée et l'intensité de la maladie. Je fais laver la tête soir et matin avec une eau savonneuse, pendant huit ou dix jours. Dans l'intervalle on la couvre d'un linge sur lequel on a étendu une ligne d'épaisseur d'une pommade composée de sous-carbonate de *potasse* du commerce, quatre *grammes ; chaux* éteinte, un *gramme* ; fleur de *soufre*, un *gramme; axonge*, quarante *grammes*. Après huit jours, je remplace l'eau de savon par une eau acidulée avec le vinaigre ; en six semaines ou deux mois , l'on voit des favus invétérés céder à cette médication , sans être obligé de procéder à l'avulsion des cheveux , mais en prenant seulement la précaution de les faire tondre ou raser toutes les fois que cela est nécessaire.

Il est une autre médication, proposée par Biett, qui est vraiment utile et par l'influence de laquelle on obtient aussi beaucoup de cures radicales, c'est la pommade avec l'iodure de soufre, l'axonge ou le cérat. On en graisse matin et soir la tête des teigneux dont on a fait tomber les cheveux. On aide l'action de ce moyen par de grands soins de propreté et des lotions savonneuses ou acidulées. L'iodure de soufre ne doit être employé qu'à la dose d'un à deux grammes par trente-deux d'un corps gras, si l'on veut prévenir les érysipèles que fait naître son usage mal dirigé. Les préparations mercurielles ont été aussi très-vantées dans le traitement de la teigne ; les pommades au calomel, au proto-iodure de mercure, à la dose d'un à deux grammes par trente-deux grammes d'un corps gras, ont réussi entre les mains de quelques praticiens. Je me suis bien trouvé de quelques onctions de quatre grammes d'onguent mercuriel dans des teignes récentes, unies avec des lotions d'une eau contenant d'un à deux décigrammes de deutochlorure de mercure par litre d'eau. J'emploie aussi avec avantage les lotions acidulées avec les acides sulfurique, nitrique,

et hydro-chlorique. La pommade faite avec quatre grammes de goudron végétal et douze grammes d'axonge unie avec les lotions chlorurées, peut avoir aussi des résultats avantageux.

Une méthode très-ancienne que quelques praticiens ne craignent point encore de mettre en usage, la méthode épilatoire qui consiste dans l'avulsion des cheveux par l'emplâtre agglutinatif que l'on nomme la calotte, est fondée sur la nécessité impérieuse d'arracher les cheveux de dedans leurs conduits ou de leurs bulbes, qui sont, suivant quelques praticiens, le siége de cette maladie. Mais, avant d'employer un moyen si atroce, il faudrait d'abord bien connaître la nature du mal et n'avoir pas d'autres moyens plus doux à lui préférer. Les médecins ne doivent point perdre de vue que l'emploi de la calotte peut quelquefois être renouvelé cinq ou six fois sans succès. On trouve du reste la manière de la préparer dans tous les formulaires un peu complets. Mais l'avulsion des cheveux est-elle une nécessité pour la guérison de la teigne? non sans doute; mais, au reste, voici ce que dit de ce traitement, dans son excellent *Traité des maladies de la peau*, mon honorable confrère M. Cazenave; on lit page 284 : « La » présence des cheveux est-elle aussi nuisible que quelques » auteurs le prétendent? Et quand ils tombent par l'effet de la » maladie, celle-ci borne-t-elle là ses ravages? Non assurément! » Les croûtes au contraire persistent souvent des années en» tières sur les points où il n'existe plus de cheveux; leur » avulsion, d'ailleurs, pratiquée avec de petites pinces, mais » seulement sur les points qui sont le siége de la maladie, est » loin d'être aussi douloureuse qu'on se l'est imaginé, car les » cheveux ne tiennent plus dans ces points. » Il ajoute que des moyens plus doux remplissent très-bien ce but, et que les préparations alcalines, en produisant cet effet, ont encore l'avantage de modifier très-favorablement l'état de la peau.

Un mode de traitement que j'ai employé depuis très-peu de temps et sur lequel, en conséquence, je ne peux pas me prononcer d'une manière trop affirmative, et qui cependant me paraît avoir des avantages, consiste, après avoir préala-

blement coupé les cheveux, à cerner les favus, à extraire les plus volumineux, puis à couvrir la tête de compresses vinaigrées pendant deux jours, et à toucher ensuite les favus, seulement avec une solution caustique d'iode. En peu de temps ils tombent et la rougeur subjacente disparaît rapidement. L'expérience prononcera plus tard.

Quant à la cautérisation des favus, dans le but de détruire les bulbes des cheveux, elle a déjà souvent été employée sans qu'on en ait obtenu de grands avantages, et dans tous les cas elle ne peut être essayée que sur de petits favus et peu nombreux. Enfin, pour terminer, je dirai que M. Gibert, après avoir décrit dans son ouvrage la manière d'employer le traitement des frères *Mahon*, annonce que par son emploi, au bureau central, de 1807 à 1813, on a guéri quatre cent trente-neuf individus du sexe féminin de la teigne faveuse, et que la durée moyenne a été de cinquante-six pansements.

Je suis loin de contester de semblables faits, mais je puis dire que pour ma part j'ai eu occasion de constater plus de cinquante récidives sur des teigneux guéris par leur méthode. En définitive, on guérit les favus par plusieurs traitements doux, et par conséquent on doit renoncer à l'emploi de la calotte; mais quel que soit celui qu'on mette en usage, il est des teignes incurables et d'autres qui reviennent après les traitements les plus rationnels.

§ XX. CÉPHALOEMATOME.

Les tumeurs sanguines de la tête, chez les nouveau-nés, ont été observées depuis long-temps, mais des descriptions spéciales récentes ont particulièrement éclairé ce sujet. Billard ne parle que de la tumeur simple du cuir chevelu, résultat assez commun du séjour et de la pression de la tête au passage; tumeur pâteuse, non circonscrite, provenant d'une infiltration partielle séreuse, séro-sanguine ou d'une véritable ecchymose du cuir chevelu et de son tissu cellulaire; très-léger accident enfin qui se dissipe au bout de peu de jours, sponta-

nément ou sous l'influence de l'action de quelques topiques résolutifs.

L'épanchement sanguin, qui constitue le céphalœmatome, peut exister entre l'aponévrose crânienne et les tissus sous-jacents, entre le péricrâne et les os, entre les os et la dure-mère; telle est particulièrement l'opinion de M. Valleix (1), dont les recherches intéressantes ont jeté beaucoup de jour sur toutes les questions relatives à l'affection dont il s'agit. M. Velpeau (2) pense que les efforts, les pressions de l'accouchement peuvent donner lieu à un épanchement sous la couche tégumentaire, sous l'aponévrose, sous le péricrâne dans l'épaisseur des os, ou plus profondément encore à la surface de la dure-mère. Selon M. P. Dubois (3) le décollement du périoste doit suffire pour déterminer une déchirure de quelques-uns des vaisseaux du diploé et l'épanchement sanguin qui constitue le céphalœmatome. M. Valleix attribue aussi ce dernier aux pressions survenues pendant l'accouchement, et a reconnu que l'épanchement pouvait être aussi sous-aponévrotique.

Ces tumeurs sanguines, sans changement de couleur à la peau, tendues, arrondies, rénittentes, molles cependant à leur sommet, et donnant la sensation d'une fluctuation, sont situées sur l'un des pariétaux plutôt à droite qu'à gauche, quelquefois sur les deux, et plus rarement encore sur le coronal ou l'occipital. M. Valleix n'admet pas les idées de Paletta et de Michaelis sur la destruction de la table externe de l'os. Dans ses observations, l'os n'était ni lisse, ni poli, mais ne présentait pas d'ulcérations. M. Burchard (4) aurait toujours trouvé les parties de l'os, sur lesquelles réside la tumeur, plus ou moins altérées et quelquefois même détruites.

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, Paris, 1838, pag. 494.

(2) Velpeau, *Traité des accouchements*, Paris, 1835, t. 2, p. 595. — Mémoire sur les tumeurs sanguines. — *Journal hebdomadaire*.

(3) P. Dubois, *Dict. de méd.*, art. CÉPHALOEMATOME.

(4) Burchard, *Expér*, t. 2, 1838.

Relativement au bourrelet ou anneau que l'on observe ordinairement à la base de la tumeur, il semblerait résulter des recherches de M. Valleix, que cette marge dure n'existerait pas dès le début, qu'elle ne peut cependant avoir pour cause l'ulcération de l'os dont le peu d'épaisseur n'est pas en rapport avec la proéminence des rebords de l'anneau, et qu'enfin elle consisterait dans une production osseuse, élevée au-dessus du niveau de la table externe, et dont on peut facilement la détacher. Du sang fluide ou semi-coagulé se trouve généralement dans les tumeurs.

Les symptômes des tumeurs sanguines sus-méningiennes seraient ceux rapportés à la compression cérébrale, mais le diagnostic ne peut guère être bien éclairé, en ces circonstances, qu'à l'autopsie cadavérique.

On a opposé au céphalœmatome l'expectation, les résolutifs, la compression, la cautérisation ou l'incision. Nous ne nous ferons pas juges de l'opportunité plus ou moins grande de ces différents moyens, nous renvoyons à la *Clinique des nouveau-nés,* de M. Valleix, où cette question a été très-largement traitée, et à l'article fort érudit du *Dictionnaire de médecine* du docteur Fabre.

APPENDICE.

§ I. RHUMATISMES. — MALADIES DU COEUR.

Les affections rhumatismales sont très-rares chez les jeunes sujets, à peine les rencontre-t-on quelquefois aux approches de la puberté, et leurs atteintes sont-elles alors bien moins communes encore qu'aux autres époques de la vie. La péricardite, maladie souvent obscure avant l'autopsie, très-rare même comme maladie primitive, vient aussi quelquefois compliquer chez eux les affections rhumatiques. Dans quatre cas de rhumatisme sur-aigu, M. Baudelocque, au rapport de la *Gazette médicale* du 15 février 1834, a observé trois fois cette complication. Le docteur Constant s'exprimait de la sorte à ce sujet : « Les affections rhumatismales sont rares chez les très-jeunes enfants. On en observe quelques cas après la dixième année ; mais ils sont loin d'être aussi communs à cet âge qu'à une période plus avancée de la vie. Vers le milieu d'octobre 1833, il s'est présenté presque simultanément, dans les salles de l'hôpital des Enfants, quatre malades affectés de rhumatismes sur-aigus. Dans trois cas, la péricardite est venue les compliquer. Deux de ces malades ont été victimes de cette complication, que l'autopsie cadavérique nous a permis de constater. La péricardite primitive est heureusement une maladie assez rare ; les divers cas que nous avons observés, soit chez les enfants, soit chez les adultes, se sont presque constamment montrés pendant le cours des affections rhumatismales. Quelquefois nous avons vu la péricardite exister avec l'inflammation de la plèvre. Dans tous ces cas, le diagnostic a offert quelque obscurité. Nous sommes loin de partager sur ce point l'opinion de M. Louis, qui, dans le résumé qu'il a présenté de l'histoire de la péricardite, a cité sept cas tous terminés par la guérison, et qui a soutenu que le diagnostic de cette affection était aussi facile que celui de la pleurésie. Telle

n'était pas l'opinion de Corvisart et de Laënnec. Ces deux observateurs disaient qu'on pouvait deviner la péricardite, mais non la diagnostiquer d'une manière précise. Chez les deux malades qui ont succombé à cette complication, la mort est survenue d'une manière brusque, inopinée, et la plupart des symptômes que M. Louis regarde comme caractéristiques manquaient. Chez l'un des malades qui guérit, les signes de la péricardite étaient assez tranchés. Il y avait une vive douleur vers la région précordiale, le pouls était petit, irrégulier, les inspirations inégales et, enfin, la saillie et la matité de la région précordiale avaient paru des signes suffisants pour caractériser l'existence d'un épanchement dans la cavité du péricarde. Aucune émission sanguine n'avait été pratiquée. La méthode contro-stimulante qui avait été employée contre le rhumatisme, a été continuée, et la guérison a eu lieu. Chez les deux autres malades, la même médication n'a pas eu de résultats aussi heureux. Nous devons ajouter que son action physiologique a été toute différente. Ainsi, tandis que des évacuations par haut et par bas ont eu lieu chez le premier, presque pendant tout le cours de la maladie, chez les deux autres, la tolérance s'est établie dès le début, et après la mort, outre les produits de l'inflammation du péricarde, nous avons constaté dans le canal intestinal, une rougeur vive, très-étendue et de véritables pustules, analogues à celles que produit la pommade stibiée appliquée sur la peau. Ces deux malades ont succombé à peu de jours de distance l'un de l'autre.

Constant avait aussi publié une observation de rhumatisme articulaire aigu, sans complication et concernant un jeune ouvrier de quatorze ans, qui guérit rapidement sans le secouss d'émissions sanguines. L'oxyde de zinc avait été plus particulièrement employé.

Les affections rhumatismales ne présentent d'ailleurs aucune particularité chez les enfants : les divers phénomènes morbides que l'on observe chez les adultes, se représentent également chez eux. Ces affections paraissent seulement moins fréquentes, moins rebelles, moins longues et moins sujettes à réci-

dive chez ces derniers. Par ces motifs et par suite de la nécessité de proportionner l'énergie des moyens à l'intensité du mal et à la force des sujets, les remèdes sur-actifs, les saignées coup sur coup, l'émétique, l'opium à hautes doses, ne sont guère ceux auxquels il faut donner la préférence dans la pathologie du jeune âge. Si l'on prescrivait des évacuations sanguines générales ou locales, ce ne devrait donc être qu'avec modération, au début, quand il y aurait de la force, de la fièvre et une violente inflammation locale. Vient ensuite l'emploi des bains, des cataplasmes laudanisés, des sudorifiques, des bains de vapeurs, des vésicatoires volants, etc., conformément aux indications.

La péricardite ayant été pareillement observée chez les enfants dans les rhumatismes articulaires-aigus, il ne devient peut-être pas inutile de rappeler ici quelques-uns des principes établis par M. Bouillaud (1), au sujet de la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec cette dernière affection; car cet observateur a remarqué que dans la moitié des cas environ de rhumatisme articulaire aigu, cette dernière maladie coïncidait avec une inflammation des tissus séro-fibreux du cœur (2).

Selon M. Bouillaud, l'existence d'une péricardite est certaine chez un individu affecté de rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'on observe les symptômes suivants : matité de la région précordiale, beaucoup plus étendue qu'à l'état normal (doublée, triplée), voussure de la même région; battements du cœur éloignés, peu ou nullement sensibles au toucher ; bruits

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*, Paris, 1841, t. 1, p. 348. — *Traité clinique du rhumatisme articulaire*, Paris, 1840.

(2) Sur soixante-et-un malades atteints d'affections organiques du cœur, observés dans le courant de 1837 et 1838, par M. Chomel, sept seulement avaient eu des rhumatismes avant l'apparition des symptômes propres à la maladie du cœur ; d'où l'on serait autorisé à conclure que si le rhumatisme exerce une influence dans la production des affections organiques du cœur, cette influence n'agirait que peu fréquemment et dans un nombre de cas limités. (*Gazette des hôpitaux*, 24 septembre 1839.)

du cœur lointains, obscurs, avec différents bruits anormaux, dont les uns dépendent du frottement des feuillets opposés du péricarde, l'un contre l'autre, et dont les autres proviennent de la complication de la péricardite avec une endocardite. Une douleur plus ou moins vive à la région précordiale, des palpitations, des inégalités, des irrégularités, des intermittences du pouls se joignent quelquefois aux syptômes précédents.

Enfin, l'existence d'une endocardite est certaine pour M. Bouillaud, lorsque les signes qui suivent se présentent dans un cas de rhumatisme articulaire aigu : bruit de soufflet, de râpe ou de scie dans la région précordiale, laquelle rend un son mat dans une étendue beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, et présente aussi quelquefois, mais à un moindre degré que dans la péricardite avec épanchement, une saillie, une voussure anormale; les battements du cœur soulèvent fortement la région précordiale. Ils sont assez souvent irréguliers, inégaux, intermittents, accompagnés d'un frémissement vibratoire; pouls dur, fort, vibrant, inégal, intermittent comme les battements de cœur.

Voici du reste, pour compléter ce sujet, la théorie des bruits anormaux du cœur, celle du moins qui assez généralement a cours, nonobstant quelques faits contradictoires. L'insuffisance ou le rétrécissement des valvules artérielles, veineuses ou auriculo-ventriculaires du cœur donne lieu aux différents bruits de souffle, de râpe et de lime. Le bruit de soufflet ne suffit pas seul pour établir le diagnostic d'une lésion du cœur, car il se manifeste parfois après des évacuations sanguines à hautes doses. La pléthore, la chlorose peuvent encore y donner lieu. Il paraît susceptible de se lier à certaines conditions de l'hématose. L'insuffisance valvulaire et les concrétions sanguines y donnent également lieu. Les bruits de râpe, de lime ou de soufflet arrivant en même temps que le premier bruit du cœur correspondent à un rétrécissement des valvules artérielles; ces mêmes bruits arrivant dans le second temps, correspondent à celui des ouvertures auriculo-ventriculaires. Ces phénomènes se présentent

dans un ordre inverse dans le cas d'insuffisance des valvules artérielles ou auriculo-ventriculaires, d'après les recherches de MM. Bouillaud, Hope, Corrignan, Guyot et Littré. Dans les cas d'insuffisance valvulaire et de rétrécissement aortique, il y a double bruit de soufflet, chacun se faisant entendre à chaque bruit du cœur. Enfin le bruit de soufflet ou de râpe qui accompagne le bruit ventriculaire dénoterait soit le rétrécissement de l'orifice aortique, soit celui de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; mais dans le premier cas, il y a intermittence dans les pulsations artérielles.

Le bruit systolique à l'état normal est sourd et plus grave que le bruit diastolique. Laënnec avait déjà remarqué que dans l'hypertrophie ventriculaire, le bruit systolique était plus sourd et plus prolongé, tandis que dans l'amincissement avec dilatation des parois du cœur, le timbre du bruit systolique était plus clair et sa durée plus courte.

Toutes les modifications des bruits du cœur qui ne consistent que dans une exagération en plus ou en moins, sont toujours difficiles à apprécier. L'expérience apprend au sujet de l'auscultation, qu'il faut faire long-temps l'éducation de l'oreille.

Les observations suivantes ont été recueillies dans un temps ou manquaient en grande partie les recherches dont l'on peut profiter aujourd'hui; aussi ne présentent-elles pas sous le rapport des symptômes, et surtout de leurs détails, toute la précision désirable. Nous les rapportons néanmoins, car ces faits sont assez difficiles à recueillir pendant l'époque de l'enfance où, en général, toutes les affections organiques du cœur sont particulièrement fort rares, ou parfois seulement encore au berceau, ne font que pointer.

CENT DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Dilatation des cavités du cœur (anévrysme passif). — Pneumonie droite. — Tubercules pulmonaires.

Turpin (Geneviève), âgée de neuf ans, blonde, pâle, bouffie; avait eu des croûtes à la tête, la rougeole trois mois avant son

entrée à l'hôpital; la variole il y avait deux ans; toussait et était toujours oppressée depuis un an. Depuis quatre mois était devenue fort maigre, depuis quinze jours éprouvait de la céphalalgie, des frissons, de la fièvre (couchée salle Sainte-Catherine, nº 8, entrée le 18 avril 1827, morte le même jour). Était plus mal et alitée seulement depuis la veille; depuis deux jours avait de la diarrhée qu'accompagnaient quelques vomissements. Le jour de son entrée : figure très-pâle, extrémités froides, pouls, quatre-vingt-dix pulsations, petit; palpitations, battements du cœur visibles, très-étendus, tumultueux; intelligence conservée; sensibilité et motilité des membres intactes; langue sèche, pâle; douleur accusée vers la région du cœur; douleur à la pression vers tous les points du ventre; toux sèche, douloureuse; oppression; lèvres violettes; expansion pulmonaire nulle à droite.

Autopsie. Volume du cœur très-grand avec agrandissement des cavités, surtout à gauche, et avec quelque diminution dans l'épaisseur naturelle des parois ventriculaires (évaluée environ au quart); l'organe semble avoir doublé en étendue; des caillots de sang se trouvent à l'intérieur des cavités. Ni les ouvertures, ni les valvules ne présentent aucune modification morbide apparente.

Les poumons étaient farcis de tubercules; hépatisation grise du poumon droit; ganglions bronchiques tuberculeux, mais n'exerçant aucune compression; ganglions mésentériques tuberculeux; membrane muqueuse digestive très-pâle sans altération de consistance et d'épaisseur. Vaisseaux du cerveau et sinus gorgés de sang; méninges, sans opacité, ni exsudation; quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux; stase sanguine dans la plupart des organes parenchimateux.

CENT VINGTIÈME OBSERVATION.

Hypertrophie du ventricule gauche du cœur (anévrysme actif). — Rétrécissement des orifices.

Pongié (Françoise), âgée de neuf ans, entra le 6 décembre 1826, à l'hôpital des Enfants (salle Saint-Jean, nº 29). On n'eut aucun renseignement sur l'état antérieur de ce malade.

Du jour de son entrée jusqu'au dix du même mois, époque de sa mort; tels furent les symptômes qui furent journellement observés, et sans modificatiens importantes : décubitus dorsal; pouls de cent quatre à cent douze pulsations; peau chaude; figure colorée; pupilles dilatées; agitation; sensibilité et motilité intègres; pas de céphalalgie; intelligence conservée; douleur précordiale; battements du cœur assez étendus; bruit de râpe et de soufflet très-prononcé; diarrhée; pas d'anasarque.

Autopsie cadav. le 11. Un peu de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau; du reste rien autre chose de remarquable. Ganglions inter-bronchiques tuberculeux et du volume d'une grosse noix; ils sont ramollis au centre, quelques-uns sont simplement rouges. Le lobe inférieur du poumon gauche était hépatisé dans toute son étendue. Le cœur était assez volumineux, le ventricule gauche était évidemment hypertrophié, et sa cavité rétrécie (hypertrophie concentrique de M. Bouillaud); l'orifice de l'aorte permettait à peine l'entrée du petit doigt, ses valvules étaient épaisses et blanches. L'oreillette gauche semblait petite et l'orifice auriculo-ventriculaire un peu également rétrécie. Les cavités droites parurent à l'état normal.

Nous n'avions pris que quelques notes au sujet d'un autre jeune malade, nommé Delage, âgé de quatorze ans, entré le 7 octobre 1826 à l'hôpital des Enfants, et mort le 14 août 1827. Ce petit malheureux travaillait depuis quatre ans dans les mines d'Anzin, et avait vécu de pain et de pommes-de-terre. Il était anémique, ou plutôt chlorotique. Il avait quelques palpitations; rien ne put modifier son état constitutionnel. Les poumons étaient sains: le cœur avait à peu près son volume habituel, il ne présentait ni rétrécissement, ni insuffisance de valvules; on remarqua seulement une hypertrophie manifeste des colonnes charnues du ventricule gauche.

M. Vernois (1) pensant qu'il était utile de bien préciser les

(1) *Mém. sur les dimens. du cœur chez l'enfant*, Paris, 1840, in-8.

dimensions du cœur dans les circonstances physiologiques, afin de pouvoir davantage être fixé sur les transformations ou déformations morbides de cet organe, à l'instar des recherches de M. Bouillaud (1) chez les adultes et de M. Bizot chez ceux-ci et les enfants, d'un à quatre ans, s'est livré à quelques investigations analogues au sujet des nouveau-nés. Tel est le principal tableau comparatif que ses résultats réunis à ceux de M. Bizot, lui ont permis de former.

(1) *Traité clinique des maladies du cœur,* Paris, 1841, t. 1, p. 81.

TABLEAU comparatif des principales dimensions du cœur.

SEXE.	AGE.	NOMBRE de sujets.	LARGEUR du cœur.	HAUTEUR du cœur.	ÉPAISSEUR du vent. gauche (part. moy.)	ÉPAISSEUR du vent. droit. (part. moy.)	ÉPAISSEUR de la cloison (p. m.)	CIRCONFÉRENCE de l'aorte.	CIRCONFÉRENCE de l'artère pulm.	AUTEURS.
HOMMES.	de 1 à 4 ans.	7	2 p. 3 l.	1 p. 10 l. 4/5.	2 l. 9/10.	6/10 l.	3 l. 1/10.	17 l.	18 3/8 l.	BIZ.
GARÇONS.	de 1 j. à 3 a. 2 m.	168	1 p. 5,67 l.	1 p. 2,60 l.	2 l. 15/100.	1,15 l.	2,4 l.	10,60 l.	1 p. 0,65 l.	VER.
FEMMES.	de 1 à 4 a.	8	2 p. 3 l. 7/8.	1 p. 10 l. 5/8.	2 l. 7/8.	7/8 l.	2 5/8 l.	16 1/16 l.	17 l.	BIZ.
FILLES.	de 1 j. à 2 a. 3 m.	168	1 p. 5,12 l.	1 p. 3,11 l.	2 l.	0,98 l.	2,4 l.	10,20 l.	1 p. 0,98 l.	VER.

Nous avons parlé (pag. 19) d'une disproportion qui ne se conservait pas dans la suite entre les cavités et les parois ventriculaires droits et gauches de l'organe central de la circulation ; nous avons nommé une sorte d'hypersarcose du ventricule gauche, une ampliation plus grande de la cavité ventriculaire droite, jointe à l'épaisseur moindre de ses parois. Sans contester l'utilité des recherches plus minutieuses dont il a été question, nous observerons cependant que depuis très-long-temps dans les autopsies qui se faisaient à l'hôpital des Enfants, on se contentait en général, de juger à l'œil seul des dimensions du cœur ; que par la grande habitude de ces examens on arrivait assez facilement à reconnaître l'existence de modifications morbides assez prononcées pour entraîner quelques symptômes pendant la vie ; que d'ailleurs l'épaisseur de chaque ventricule était comparée et cotée dans presque toutes les relations d'autopsies. De ces résultats, que nous possédons en assez grand nombre, donnent une proportion différente de celle trouvée (pour la plupart, il est vrai, chez des sujets d'âges différents) par MM. Bizot et Vernois.

Dans les exemples que nous pourrions multiplier beaucoup l'épaisseur du ventricule gauche, comparée à celle du ventricule droit, se rapprochait le plus généralement du rapport de trois à un, tandis que dans les faits relatés par MM. Bizot et Vernois, la proportion est plutôt comme deux est à un.

Les enfants, et plus particulièrement ceux adonnés à l'onanisme, les jeunes filles vers l'époque de la puberté, celles chlorotiques ou hystériques, sont aussi sujettes à des troubles fonctionnels indépendants de lésions organiques du cœur, à des palpitations nerveuses. Le pouls est vif et saccadé, jamais plein, ni fort ; la respiration est légèrement précipitée et s'opère avec un sentiment d'anxiété. Il n'y a pas d'ailleurs de symptômes de congestion vers la tête, les palpitations reparaissent à des intervalles irréguliers, le malade en a conscience ; il y a souvent à la région précordiale une douleur vive, passagère, semblable à une piqûre ; quelquefois aussi il semble que les mouvements du cœur sont doubles, et le pouls parfois est intermittent.

Relativement à toute cette classe de maladies, il s'en faut que la thérapeutique ait fait les mêmes progrès que la symptomatologie. Sans parler de la méthode de Valsalva, que tout le monde connaît et que personne n'oserait employer dans la pratique civile ; c'est toujours, à peu de chose près, aux saignées plus ou moins répétées, à la digitale, à l'acétate de plomb, au régime que l'on a recours. A l'œdème symptomatique on oppose outre les pertes de sang, les purgatifs, les diurétiques, etc.

Une partie des moyens tempérants qui conviennent dans les cas qui précèdent, réussissent aussi dans les palpitations nerveuses, telles seraient l'eau de laitue glacée, édulcorée avec le sirop d'orgeat ou celui de pointes d'asperges, etc., à ces dernières on oppose encore les bains froids et surtout l'éloignement de toutes les causes capables de sur-activer généralement ou localement le système nerveux.

Il est encore une affection du cœur ou plutôt un vice de conformation de cet organe, au sujet duquel il nous reste à dire quelque chose; nous voulons parler de la permanence de l'ouverture auriculaire, du défaut d'oblitération du trou de Botal, des ouvertures fœtales. Il résulterait des faits exposés par Billard(1), que les ouvertures fœtales ne s'oblitèreut pas immédiatement après la naissance; que l'époque à laquelle cette oblitération est achevée est extrêmement variable ; que cependant c'est ordinairement de huit à dix jours que le trou de Botal et le canal artériel sont fermés. La cyanose, que l'on peut observer à tous les âges, n'est réellement pas le résultat constant de la persistance du trou de Botal, ni du passage du sang veineux dans le système artériel, puisque l'on possède de nombreux exemples de production de ces phénomènes sans vices de conformation analogues. Cependant il est presque hors de doute que cette coloration bleuâtre des téguments est due à un mélange des deux sangs ou au défaut d'oxygénation du sang artériel ; ce qui peut résulter de la communication anormale dont nous avons parlé, ou d'un état morbide des

(1) *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, pag. 609.

poumons qui ne permet pas à l'oxygène de l'air de transformer le sang veineux en sang artériel; d'où il suit, en dernière analise, ainsi que le dit Billard, que la cyanose est toujours l'indice d'un défaut d'oxygénation du sang, qu'il y ait ou non vice de conformation du cœur.

Les moyens conseillés dans l'asphyxie des nouveau-nés sont également ceux prescrits dans la cyanose, qui n'est parfois qu'un des symptômes de celle-ci. Si cette dernière maladie est l'effet de quelque affection du poumon, d'une pneumonie par exemple, c'est vers l'affection principale que devra être dirigé le traitement.

Nous avons aussi signalé, dans un article que nous reproduisons ci-après (1), la possibilité de dispositions et d'accidents s'enchaînant, pour ainsi dire, d'une manière inverse.

§ II. DE LA MORT SPONTANÉE DU FOETUS A TERME.

L'on voit malheureusement trop souvent toutes les phases d'une grossesse se passer très-régulièrement; le développement du fœtus paraître de même s'opérer d'une façon très-convenable jusqu'au terme de la gestation, et néanmoins la mort de celui-ci arriver, non pas durant le travail de la pàrturition, mais précéder l'accouchement de plusieurs jours, de quelques heures! Et cela, nous le répétons, sans motifs apparents, sans causes appréciables, ou du moins bien appréciées. A quoi donc peuvent tenir des résultats aussi tristes et aussi inattendus?

Ce concours de circonstances s'est en effet quelquefois présenté à nous, mais il a particulièrement frappé notre attention dans l'observation que nous allons analyser, et que nous ferons suivre de quelques réflexions.

Appelé près d'une jeune dame primipare, dont la grossesse, d'après son calcul, était bien largement arrivée à son terme et peut-être au-delà, et cela sans nul accident et avec l'état de santé le plus parfait, nous constatâmes en effet la réalité du travail, lequel se passa sans autre particularité qu'une lenteur, une faiblesse et une inégalité très-grande de la part des dou-

(1) *Gazette des hôpitaux*, du 23 mai 1839.

leurs; ce qui nécessita cependant l'administration de quelques prises de seigle ergoté.

La poche des eaux rompue donna issue à une très-petite quantité de liquide, et la tête, engagée dans l'excavation du bassin (position occipito-antérieure gauche), y séjourna huit ou dix heures. Enfin l'expulsion eut lieu, mais celle d'un fœtus mort depuis plusieurs jours. Le cordon, en effet, était flétri et décoloré; il en était de même des pieds et des mains, où l'épiderme commençait à pouvoir être enlevé. La tête était livide; les parties latérales et postérieures du tronc et des cuisses, maculées de vergetures et d'ecchymoses. Le cœur et surtout les cavités droites contenaient du sang caillebotté en quantité assez notable; les veines caves paraissaient aussi gorgées de ce liquide; le trou de Botal, qui ordinairement présente environ trois lignes de diamètre, n'offrait guère que les dimensions suffisantes pour laisser passer la tête d'une épingle de moyenne grosseur. Le sujet n'ayant pas été injecté, nous n'avons pu nous assurer de l'état exact du canal veineux, du canal artériel, de la veine et des artères ombilicales. Du reste, les viscères des cavités splanchniques nous parurent tout-à-fait dans une situation physiologique.

La cessation de la vie ne peut nullement, dans ce fait, être attribuée à la stagnation et à la compression de la tête au passage; car le temps qu'elle y a demeuré n'a pas été démesurément long, et bien des enfants sont venus vivants après s'être fait attendre davantage. On ne peut pas plus reconnaître pour cause à cet évènement la faible quantité du liquide amniotique; car, ainsi que le dit le docteur Capuron, le volume des eaux de l'amnios admet presque autant de variétés qu'il y a de femmes grosses : les unes en laissent écouler deux ou trois onces, les autres deux ou trois livres. D'ailleurs, ce liquide n'est constitué à former qu'une sorte d'appareil protecteur à l'égard du produit de la conception; et malgré l'autorité imposante de Boerhaave, il est impossible d'admettre qu'il sert d'aliment, et soit continuellement avalé par l'enfant. La mère transmet au fœtus les matériaux nécessaires à la nutrition, et

son état moral peut apporter des modifications fâcheuses dans la proportion et la nature des aliments qui passent au placenta : de sorte qu'une terreur subite, un chagrin violent, une joie immodérée, peuvent occasioner la mort de l'être enfermé dans la matrice; mais nous avons déjà dit que rien de semblable, rien d'extraordinaire n'avait jamais troublé notre accouchée. Il faut donc s'enquérir d'autres raisons, d'autres causes; il faut les chercher dans les mouvements, dans les changements de l'organisme survenus chez le fœtus. Rappelons d'abord le mode particulier de la circulation pendant la vie intra-utérine.

Le sang partant du placenta parcourt la veine ombilicale jusqu'au foie; là une partie se dirige vers ce viscère, l'autre passe à travers le canal veineux, et par ces deux voies il arrive au cœur par la veine cave inférieure; versé dans l'oreillette droite de cet organe, il pénètre dans la gauche en traversant le trou ovale ou de Botal, se mêle à cet instant avec le sang de la veine cave supérieure (malgré l'assertion contraire de plusieurs anatomistes, et entre autres de Sabatier). Des oreillettes, le sang est poussé dans les deux ventricules qui le chassent, le gauche dans l'aorte et le droit dans l'artère pulmonaire, d'où la majeure partie est déviée par le canal artériel et amenée dans l'aorte; enfin, parcourant toutes les divisions de ce gros vaisseau, il revient au cœur par les veines caves, et au placenta par les artères ombilicales qui naissent des iliaques internes.

Nous rappellerons aussi les principales opinions des anatomistes, des physiologistes et des accoucheurs, touchant les modifications et les phénomènes que subit, aux approches et à l'époque de la naissance, le système circulatoire chez le fœtus. Suivant la plupart, le cours du sang n'est pas aussi régulier et aussi uniforme qu'on pourrait le croire jusqu'à la fin de la grossesse; car, à mesure que le fœtus approche du terme de la maturité, le trou de Botal est moins ouvert, le canal artériel se rétrécit et le poumon reçoit plus de sang. La valvule du trou ovale n'existe pas d'abord (Haller), mais elle se développe successivement et de telle sorte, qu'à la naissance elle a toute

l'étendue du trou de Botal; il en est inversement de même à l'égard de la valvule d'Eustache, et par rapport à la veine cave inférieure, elle s'annihile de plus en plus.

A l'époque de la naissance, et par un mécanisme inconcevable, le sang cesse de passer dans le canal artériel qui s'oblitère, ainsi que le canal veineux, ainsi que le trou de Botal, ainsi que les artères et la veine ombilicales. Cependant la cessation du passage du sang d'une oreillette dans l'autre, semble à peu près s'expliquer par l'abord du sang des poumons dans l'oreillette gauche et l'effort exercé par lui sur la valvule, laquelle contracte adhérence par ses bords avec l'hiatus. Enfin, chez l'enfant encore contenu dans le sein de sa mère (est-il dit dans l'anatomie de Bichat), le mode circulatoire peut changer accidentellement, etc.

En résumé, il résulte de tout ce que nous avons exposé, que le système circulatoire du fœtus pendant la vie intra-utérine, et particulièrement aux approches du terme de cette vie, subit des modifications anatomiques particulières, et qu'il peut même subir quelques changements dans son rhythme physiologique. Il en résulte, en dernière analyse, que ces modifications, que ces changements arrivant prématurément et au-delà de certaine limite, doivent avoir pour conséquence du trouble, de l'enraiement dans la circulation, et pour dernier résultat, l'extinction de la vie de l'enfant avant sa sortie du sein de la mère.

On en conclurait donc que les naissances tardives, ainsi que les prématurées, peuvent être également fatales aux produits de la conception.

§ III. HÉMIPLÉGIE FACIALE.

A propos de ces graves anomalies dont l'enfant peut être victime dans le sein même de sa mère, nous rappellerons qu'il a été question, dans les premier et deuxième chapitres d'incidents peut-être moins fâcheux puisqu'ils ne sont pas toujours irrémédiables, et qui parfois se présentent dès l'instant de la naissance (l'asphyxie et l'apoplexie des nouveau-nés); et pour

terminer l'énumération des lésions que l'on observe à peine endeçà ou au-delà du seuil de la vie, nous chercherons à placer quelques mots au sujet d'une affection beaucoup plus légère encore qui peut se présenter en effet immédiatement après la naissance. Nous voulons parler de l'hémiplégie faciale chez les enfants nouveau-nés. M. le docteur Landouzy (1) observe que, même dans les derniers ouvrages de médecine, il n'est pas fait mention de la paralysie de la septième paire de nerfs, qui survient chez les nouveau-nés par suite de l'application du forceps. Cet accident, qu'on a pu confondre avec la compression du cerveau, a été rapporté pour la première fois à sa véritable cause par M. P. Dubois.

C'est aussitôt après la naissance et au moment des premiers cris de l'enfant que paraissent les premiers symptômes de l'hémiplégie faciale. La commissure des lèvres est fortement déviée; l'aile du nez paraît moins ouverte et moins mobile que celle du côté sain, et les paupières du côté malade sont ouvertes tandis que celles du côté sain restent closes. Tout un côté de la figure semble entraîné vers l'autre, et cette difformité, exagérée encore quand les cris de l'enfant augmentent, donne à sa physionomie l'aspect le plus bizarre. Lors, au contraire, que les cris viennent à cesser, il ne reste plus, entre les deux moitiés du visage, que des nuances très-légères, presque impossibles à saisir, jusqu'à ce que de nouvelles agitations fassent reparaître les symptômes de paralysie. Le jour même de la naissance, ou dans l'espace de deux jours à six semaines, on voit diminuer et s'effacer insensiblement les phénomènes de l'hémiplégie. Quoique cette affection doive rendre la succion plus difficile, cependant l'enfant peut prendre ordinairement le sein. Dans tous les cas qui sont venus à la connaissance de M. Landouzy, et dans un qui est arrivé à la nôtre (2), l'hémiplégie a toujours disparu spontanément.

(1) *Essai sur l'hémiplégie faciale des enfants nouveau-nés*, Paris 1839.

(2) Par l'obligeance de M. le docteur Denis, chirurgien-major à l'hôpital du Gros-Caillou.

§ IV. ANASARQUE, ŒDÈME, HYDROPISIE.

(Œdème du poumon, hydrothorax, anasarque consécutive à la scarlatine, albuminurie, œdème des nouveau-nés, etc.)

On donne les premiers de ces noms à l'épanchement d'un liquide séreux dans le tissu ou la cavité des organes. L'anasarque est l'infiltration générale de la surface extérieure du corps; l'œdème est cette infiltration limitée à quelque partie. Le mot hydropisie qui ne servait dans l'origine que pour désigner l'épanchement aqueux dans la cavité du ventre, dans la cavité péritoniale, en un mot l'ascite, servit plus tard et sert encore actuellement à indiquer toute collection analogue au sein des organes. Les symptômes et les causes de ces affections sont généralement aussi les mêmes chez les enfants que chez les adultes; quelques-unes de ces dernières seulement présentent quelques particularités.

Étiologie. Obstacle au cours du sang ou de la lymphe, surexcitation locale dont le degré peut atteindre celui de la phlogose. Les fonctions absorbantes des veines étant physiologiquement prouvées, on conçoit qu'un obstacle partiel à la circulation veineuse, en empêchant les radicules de ces vaisseaux de reprendre les produits de l'exhalation séreuse ou aréolaire, a pour dernier effet de produire, d'occasioner des épanchements séreux. Quand l'obstacle est du côté de la veine porte, c'est l'ascite qui s'observe surtout; c'est l'anasarque, quand l'empêchement est au confluent de tout le système veineux, dans les poumons ou vers le cœur. L'œdème d'un membre thoracique provient souvent de l'anévrysme de l'aorte par suite de la compression qu'en éprouve la veine sous-clavière. L'œdème isolé de la jambe provient souvent aussi, suivant M. Chomel, de l'oblitération de la veine principale résultant de la phlébite. A l'anasarque ou à l'œdème, produit par un obstacle mécanique, sont attribuées les épithètes de symptomatique, de passif, et celles d'idiopathiques, d'essentiels ou d'actifs sont données à ceux de ces épanchements de sérosité résultant d'une hypéré-

mie, d'une congestion locale. Les capillaires artériels du péritoine ou sous péritoneaux, par exemple, contenant les matériaux de la sécrétion qui s'y exerce, tout afflux anormal de ce côté doit avoir pour résultat un accroissement de l'action sécrétoire de cette séreuse. D'autre part on pourrait presque établir que certains entravements à la circulation artérielle occasionent des épanchements d'une nature inverse à ceux résultant de la compression veineuse. Qu'un tel obstacle à la circulation artérielle ait lieu, en effet, dans un point éloigné du péritoine, comme à la surface de la peau, par suite d'un refroidissement subit : la contraction de ce tissu et du système capillaire ne permettant pas au sang d'y aborder en aussi grande quantité que d'ordinaire, il en résulte une congestion plus ou moins considérable au sein des organes intérieurs et de leur système capillaire, et les choses se passent ensuite comme il était dit tout à l'heure. Il y a en outre des circonstances où l'application des épithètes de symptomatiques ou idiopathiques, à telles sortes d'épanchements, peut être difficile, quand, par exemple, ces collections séreuses se produisent à la suite de la scarlatine. Selon quelques médecins, cette super-sécrétion aurait lieu par l'effet d'une sorte de métastase de l'irritation dermoïde qui se répand alors dans le tissu cellulaire sous-jacent, et, selon d'autres observateurs, parmi lesquels se trouve M. Rayer (1), les épanchements aqueux, qui se manifestent à la suite de cette exanthème, se lieraient à l'état granulé du rein, à la maladie de Bright ou albuminurie.

Les symptômes de ces infiltrations et épanchements séreux varient suivant l'étendue et le siége de ces lésions. Ils débutent parfois et s'opèrent brusquement. Dans d'autres cas c'est lentement et insensiblement qu'ils se produisent. Dans l'anasarque et l'œdème, on observe une intumescence, surtout du côté des parties les plus déclives, s'étendant et augmentant de volume; tuméfaction molle d'abord, puis s'endurcissant, mais

(1) *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire*, Paris, 1840, t. 2, pag. 409.

néanmoins conservant toujours momentanément l'empreinte du doigt qui l'a pressée. La peau souvent sèche, chaude et sensible au début, perd du reste après un certain laps de temps de sa température et de sa sensibilité. Les mouvements de la partie sont de plus en plus gênés, les extrémités froides, glacées.

A. Dans l'ascite, le ventre grossit et s'étale; la percussion fait entendre un son clair vers les parties les plus élevées, et un son mat vers les parties les plus déclives ou inférieures de l'abdomen; dans l'hydropisie enkystée, c'est parfois l'inverse, etc.

B. *L'œdème du poumon* est un des résultats des phlegmasies des voies aériennes. Ainsi que l'avait déjà fait observer Laënnec, la résolution de la phlegmasie du tissu pulmonaire est presque toujours accompagnée d'un certain degré d'œdème. La pneumonie hypostatique, l'engouement pulmonaire auquel donnent lieu les embarras de la circulation qui existent vers le dernier terme des affections organiques du cœur, occasionent aussi cette infiltration séreuse du poumon et *l'hydro-thorax*. Cette dernière cause est excessivement rare chez les enfants, tandis que les mêmes résultats s'y observent assez fréquemment dans l'anasarque, suite de la scarlatine. Billard a trouvé plusieurs fois les poumons œdémateux dans le cas d'œdème ou d'endurcissement du tissu cellulaire. M. Gardien admet que l'œdème des poumons peut survenir sans être causé par quelque lésion antécédente et donne lieu à de la toux et à une orthopnée considérable. Lorsque les enfants, qu'a observés Billard, ont présenté des symptômes analogues à ceux que Gardien a signalés comme l'effet de l'œdème, il a bien trouvé le poumon infiltré de sérosité, mais il a toujours rencontré en même temps pneumonie, pleurésie ou bronchite.

Les signes de l'œdème du poumon sont équivoques suivant Laënnec lui-même. Comme un poumon n'est jamais seul atteint, il n'y a pas de différence à la percussion, et la matité n'est pas complète, car l'air pénètre dans un certain nombre

de vésicules. L'auscultation peut faire reconnaître du râle sous-crépitant.

C. Les symptômes de l'*hydrothorax* sont pareillement la matité à la percussion du côté correspondant à l'épanchement, l'égophonie quand celui-ci est peu abondant; plus tard, l'absence de tout bruit respiratoire, la compression du poumon, l'écartement des espaces intercostaux, l'agrandissement de la voussure du thorax du même côté et lors de la disparition, de la résorption du liquide épanché, le retrait et la diminution de cette même partie de la poitrine; enfin la plupart des signes qui appartiennent également à la pleurésie chronique. Laennec dit en effet (2), au sujet de l'hydrothorax : que les symptômes généraux et la marche de la maladie peuvent seuls faire distinguer cette affection de la pleurésie chronique, et qu'il peut même se rencontrer des cas où cette distinction serait tout aussi difficile à faire sur le cadavre que sur le vivant.

L'anasarque, l'œdème, l'hydro-thorax se rencontrent plus particulièrement chez les enfants à la suite de la scarlatine; fort rarement après la rougeole et surtout après les autres fièvres éruptives; ce qui autorise à penser que ces collections séreuses ne résultent pas seulement de la transmission de l'irritation au tissu cellulaire sous-jacent et aux séreuses, et qu'elles se lient souvent chez eux à l'affection granulée du rein, déja signalée et plus spécialement observée à cet âge, consécutivement à la scarlatine. Les exemples de ce genre sont en effet maintenant assez communs; outre l'observation 88 que nous avons relatée, Constant en rapporte une autre dans la *Gazette médicale* du 15 février 1834; une nouvelle non moins remarquable se trouve insérée dans le premier n° de la *Clinique des hôpitaux des Enfants*, 1841, et nous pourrions encore en indiquer, car l'attention une fois fixée sur ce point, les investigations n'ont pas manqué et ces résultats ne sont maintenant nullement rares.

La symptomatologie de l'anasarque générale résulte de la

(1) Laënnec, *Auscultation médiate*, 2e édit., t. 2, p. 231.

réunion plus ou moins complète des symptômes appartenant aux groupes divers des lésions que nous avons énumérés.]

Vieussens cite parmi les suites de la scarlatine les convulsions, l'amaurose, l'hydrocéphalie, l'hydrothorax, l'ascite, etc. Tous ces accidents s'observent, mais l'anasarque seule, commençant par la figure et les pieds et s'étendant à toute la surface du corps, est le résultat le plus commun.

L'anasarque se déclare assez souvent après l'impression du froid humide, le mécanisme en a été expliqué; mais la cause pathogénique de ces épanchements et infiltrations peut tenir aussi à quelque altération organique. Le pronostic doit donc varier dans ces diverses circonstances, et l'on conçoit que Vieussens, Frank et Méglin aient regardé ces suites comme dangereuses, tandis que Willan et Cullen les considéraient comme peu graves, et cela de part et d'autre également avec raison.

Ces accidents consécutifs sont assez souvent annoncés par de l'accablement, de la faiblesse et un retour de pyrexie, quand ils se lient à un état phlogistique de quelque intensité; M. Guersant (1) signale en outre les vomissements et l'altération des urines (d'une couleur *analogue au brou de noix et à la lavure de chair*). Ces divers symptômes se manifestent assez irrégulièrement, tantôt presque immédiatement et avant la fin d'une fièvre exanthématique, tantôt vers l'époque de la desquamation, tantôt enfin quinze jours ou trois semaines après la disparition de l'exanthème.

§ V. DE L'ÉTAT GRANULÉ DES REINS.

Cette affection est peut-être plus fréquente dans les âges suivants, mais elle paraîtrait une suite ou du moins une complication de la scarlatine, assez particulière au jeune âge. Nous ne pouvons nous dispenser de l'étudier avec quelques détails, puisqu'elle est susceptible de jouer un rôle actif dans la production des épanchements séreux dont il a été question.

(1) *Dictionnaire de médecine*, en 21 vol., art- SCARLATINE, p. 153.

L'hydropisie est un des symptômes les plus fréquents de la maladie granuleuse des reins ; M. Bright l'a observée vingt-trois fois sur vingt-quatre cas, M. Rayer seize fois sur dix-sept. Elle consiste quelquefois en une ascite, plus souvent en une anasarque ; d'autres fois en un léger œdème des pieds, des mains et de la face ; enfin il peut y avoir œdème du poumon (comme dans l'exemple relaté dans la *Clinique des hôpitaux des Enfants*), et même hydrothorax.

Ces épanchements séreux sont, dans la plupart des cas, accompagnés et quelquefois précédés d'une douleur dans la région des reins. Mais la sécrétion urinaire subit particulièrement des modifications importantes dans sa couleur, sa pesanteur spécifique et sa composition. L'urine est tantôt rouge *brunâtre ressemblant à de la lavure de chair*, plus souvent semblable à du petit-lait non clarifié et toujours plus ou moins trouble. Sa quantité et sa pesanteur spécifique sont moindres que dans l'état de santé ordinaire ; l'urée est aussi en moindre quantité dans ce fluide, tandis que l'analyse chimique y découvre en outre la présence de l'albumine. Traitées par l'acide nitrique, les urines qui contiennent cette substance donnent des précipités plus ou moins abondants ; chauffées, elles se coagulent en partie ; insufflées au moyen d'un chalumeau, elles forment des bulles comme l'eau de savon. Des recherches sur la composition du sang dans ces circonstances ont permis de constater la présence de l'urée dans le sang, la diminution de l'albumine et de la pesanteur spécifique de la partie séreuse.

La fièvre accompagne presque toujours cette affection, selon M. Bright, car sur vingt-quatre cas, il a observé dix-sept fois un état pyréthique. Sur le même nombre de faits, la diarrhée existait cinq fois.

Selon MM. Rayer et Tissot (1), l'hydropisie aurait une grande tendance à reparaître après guérison parfaite en apparence.

M. Alison a émis, un des premiers, l'opinion que l'ana-

(1) Tissot, *Dissertation sur l'état des reins*, Paris, 1833. — Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. 2, pag. 428, 573.

sarque qui suit si fréquemment la scarlatine (affection commune pendant l'époque de la jeunese, peu fréquente chez les adultes et rare chez les vieillards), reconnaissait dans beaucoup de cas de ce genre, la même cause; que les urines étaient aussi alors coagulables et les reins atteints de l'affection granulée. Quoique plus rarement, la maladie de M. Bright peut avoir lieu aussi chez les enfants sans paraître se lier à la scarlatine : deux faits de ce genre, observés par Constant (chez un enfant de huit ans, l'autre de dix), sont rapportés dans la *Gazette médicale* du 15 février 1834.

Chopart, Fourcroy, Nysten, Dupuytren, Thénard, avaient déjà signalé la présence de l'albumine dans les urines; mais c'est le docteur Bright qui a définitivement démontré que la présence de l'albumine dans l'urine, et certaines hydropisies concomitantes ont un rapport constant avec des lésions spéciales du rein. M. Bright avait reconnu trois formes à la condition anatomique qui dans l'organe de la sécrétion urinaire coïncide avec une altération si remarquable de sécrétion; M. Rayer, en imposant à cette maladie le nom de *néphrite albumineuse*, en décrit six. Ces diverses lésions sont, selon cet habile observateur, anatomiquement de nature inflammatoire et dérivent les unes des autres par des transformations successives. Dans la première forme, le volume des reins est augmenté ainsi que leur poids; au lieu de quatre onces, chacun en pèse huit ou douze. Leur surface d'un rouge plus ou moins vif, est piquetée d'un grand nombre de petits points rougeâtres. A la coupe de l'organe on reconnaît que l'augmentation de volume est due au gonflement de la substance corticale. Cette substance est piquetée de rouge intérieurement comme au dehors. (Ces points paraissent correspondre aux glandules de Malpighi, fortement injectées de sang.) Un mélange d'anémies et d'hypérémies, avec augmentation de volume et de poids, constitue la seconde forme. Dans la troisième, le rein est aussi plus volumineux et plus lourd, mais la substance corticale est pâle, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, ou plus pâle encore. La quatrième forme a été désignée par M. Bright sous le

nom d'aspect granulé des reins. Le rein est encore ici plus volumineux et plus lourd, et sa surface d'un jaune pâle est parsemée de petites taches d'un blanc laiteux, un peu jaunâtre, de la dimension de la tête d'une très-petite épingle. Tantôt ces granulations sont rares dans l'épaisseur de la substance corticale du rein et abondantes à la surface qui est lisse; tantôt l'altération granuleuse envahit toute la profondeur de cette substance. Dans le cinquième, outre cet accroissement de volume et de poids, des petits corps comme des grains de semoule semblent déposés au-dessous de la membrane celluleuse propre. Enfin, dans la sixième forme, qui paraît correspondre à la troisième variété décrite par M. Bright, les reins, rarement plus volumineux et quelquefois plus petits, sont durs et présentent des inégalités à leur surface; il y a peu de taches laiteuses au dehors, mais à la coupe on en trouve toujours un certain nombre dans la substance corticale. Il arrive aussi que le rein passe de l'engorgement sanguin du début à l'état granuleux sans traverser la seconde et la troisième forme.

L'urine est coagulable à toutes les périodes de la maladie, et ce caractère peut fixer le diagnostic.

Cette affection est très-grave, parce que la surface corticale des reins est le siége d'une lésion peu disposée à se résoudre; elle l'est encore par l'hydropisie consécutive, par les complications fréquentes qui ont lieu, et enfin par la perte incessante d'albumine que fait l'économie.

La nature inflammatoire de l'état granulé admise, toutes les causes capables de provoquer directement ou indirectement l'irritation des reins, sont celles que l'on pourrait accuser lors de la production encore bien obscure de cette maladie.

A. On conseille, dans la première période, les antiphlogistiques, les évacuations sanguines, les bains, les boissons délayantes.

Ces moyens paraissent en effet devoir convenir quand il y a de la fièvre et des symptômes de phlegmasie locale (douleur rénale, etc.)... Ils sont également applicables chez les enfants dans ces circonstances, mais il est à remarquer que chez eux c'est

souvent entourée de complications et presque toujours à la suite de maladies d'une certaine durée (scarlatine), et qui ont affaibli, détérioré l'économie, que s'observe l'affection granuleuse des reins. La réserve dans l'usage des pertes de sang doit donc être plus grande. Il n'est parfois possible que de pratiquer quelques saignées locales, que de recourir à l'application de ventouses scarifiées vers la région des reins, à celle d'un nombre plus ou moins restreint de sangsues placées vers les mêmes points ou à l'anus. La faiblesse, l'épuisement, sont quelquefois tels qu'on ne peut de prime-abord avoir recours qu'à quelques-uns des moyens suivants, dont ordinairement les indications ne se présentent, au plus tôt, que vers l'époque de la deuxième forme ou second degré de la lésion rénale, et plus généralement vers le troisième ou quatrième.

Tels sont les purgatifs doux, les minoratifs ; les révulsifs, les dérivatifs cutanés, les vésicatoires, les applications irritantes, placés loin ou près du siège du mal ; et c'est quand il est à croire qu'un état anémique a succédé à l'hypérémie de l'organe souffrant que la stimulation locale par les diurétiques a été prescrite. M. Bright conseille surtout une sorte de médicament dont l'action est mixte, le tartrate acidule de potasse, qui peut passer pour laxatif et diurétique.

On a vanté aussi le calomel, l'acétate de potasse, le nitre, la scille, la digitale, etc., et pareillement la tisane de raifort ; dernier remède qui semble devoir être réservé pour les cas où dominent localement l'anémie et généralement l'hyposthénie. Dans cette maladie, encore, pour ainsi dire, nouvelle, surtout relativement au jeune âge, les préceptes thérapeutiques, jusqu'à présent très-vaguement, très-imparfaitement indiqués, auraient besoin d'être éclairés par une plus longue expérience.

B. Dans l'anasarque ou l'œdème symptomatique, il importe de combattre la modification organique, la lésion à laquelle se rattache, se lie l'augmentation de sécrétion, et s'il y a persistance de l'épanchement, ou quand il s'est produit d'une manière essentielle, il faut évacuer le liquide ou bien en déterminer la résorption. Lorsque l'inflammation a joué un

rôle dans la production de ce dernier, sans aucun doute les évacuations sanguines, la saignée conviennent d'autant plus qu'elles activent l'absorption. Quand ces moyens ne sont pas, ou ne sont plus de mise; dans la seconde période de ces épanchements séreux; quand il y a tout d'abord ou consécutivement absence de réaction et de force, ou quand enfin l'affection est légère, la cause peu grave, passagère, accidentelle; lorsque, par exemple, c'est à la suite d'un refroidissement, par le fait de la rétrocession ou de la rétropulsation d'un certain état d'excitation de la peau que s'est manifestée l'accumulation anormale de sérosité; dans ces circonstances on prescrit les sudorifiques, les diurétiques et les laxatifs. Nous énumèrerons le nitrate, l'acétate de potasse administrés dans des tisanes de chiendent, de pariétaire, de raisin d'ours, de racine de fraisier, de scille, de digitale, etc. L'eau de Sedlitz, l'huile de ricin, la crême de tartre. On aide l'action de ces agents par l'usage des bains et fumigations aromatiques, des bains de vapeurs, des frictions avec la laine; par l'application de flanelle sur la peau; par l'habitation dans un lieu élevé, sec, exposé au midi et sous une température douce et égale.

Nous ne pouvons indiquer, avec plus de détail, les modifications que doit subir le traitement de l'anasarque par le fait de la différence de toutes les lésions qui occasionent son développement; car quelques-unes de ces causes, telles que celles qui résultent d'affection organique du cœur (dilatation des cavités, rétrécissements, ossification, insuffisance des valvules, etc.), sont ou très-rares, ou n'existent pas chez les enfants. Le siége même de l'épanchement séreux oblige parfois aussi à quelques soins spéciaux, à quelques changements dans l'application et le choix des remèdes. Dans l'œdème du poumon on a quelquefois prescrit avec avantage l'ipécacuanha, l'émétique à doses fractionnées ou vomitives, et particulièrement quelques vésicatoires placés sur les parois de la poitrine, et dont l'action a fréquemment aussi les plus heureux résultats dans les épanchements entre les feuillets des plèvres.

Ce n'est guère que dans les cas extrêmes d'affection organi-

que du cœur qu'il y a de ces accumulations telles de liquide qu'il faille y donner issue pour diminuer la tension douloureuse de la peau, ôter aux malades une partie de leur oppression et de leur anxiété. On a conseillé dans ce but les larges vésicatoires, les cautères, les sétons, les mouchetures; mais ces moyens qui donnent assez souvent lieu à des accidents graves, à la mortification des tissus, ne doivent être employés qu'avec beaucoup de réserve; d'ailleurs, par la rareté, chez les enfants, des cas auxquels on les oppose, ils ne sont guère susceptibles d'être prescrits chez eux que par une sorte d'exception.

§ VI. DE L'INDURATION OU ŒDÈME DU TISSU CELLULAIRE DES NOUVEAU-NÉS.

Le nom d'endurcissement du tissu cellulaire donne une idée fausse de la nature de l'altération pathologique qu'il exprime. On a proposé le nom d'œdèmatie concrète ou d'œdème concret : la première dénomination a néanmoins continué à prévaloir. A. Dugès et M. Denis ont distingué dans l'endurcissement des nouveau-nés, celui du tissu cellulaire et celui du tissu adipeux. Umbésius d'Ulm (*Éphémérides des curieux de la nature*, 1718) donne l'histoire d'un enfant *endurci;* mais ce n'est que depuis les recherches d'Underwood, de Denman, Doublet, Andry et Auvity, que l'on est un peu fixé sur la nature de cette affection. Suivant Andry, Auvity et Pinel, cette maladie est due à l'infiltration séreuse du tissu cellulaire. M. Alard la rapproche de la *maladie des Barbades* (1), Broussais admet à peu près cette manière de voir. Underwood rattache cette affection à l'érisypèle des nouveau-nés. M. Breschet pense que c'est un œdème d'une nature particulière et y réunit l'ictère. Suivant Billard, auquel nous empruntons la substance de cet article, cette affection est le résultat de la distension mécanique des cellules remplies de fluide, distension qui existe sans transformation par-

(1) *De l'inflammation des vaisseaux absorbants lymphatiques*, etc. Paris, 1824.

ticulière du tissu cellulaire, qui conserve son élasticité, sa souplesse, sa cellulosité. Le nom d'endurcissement du tissu cellulaire ne conviendrait donc pas. L'anatomie pathologique apprend que cet endurcissement est dû tantôt à l'accumulation de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire, tantôt à un endurcissement du tissu adipeux avec ou sans infiltration du tissu cellulaire. Ce second état a été considéré comme une variété du premier par MM. Dugès et Denis ; cependant c'est un état différent.

Lorsque la dureté des téguments est due à l'infiltration séreuse du tissu cellulaire, les membres sont toujours gonflés et plus ou moins volumineux ; les téguments violacés indiquent par leur couleur l'état de pléthore et de congestion sanguine des différents organes ; l'irrégularité du pouls, la gêne de la respiration sont des signes évidents de la surabondance du sang dans le cœur, les poumons et les gros vaisseaux.

En définitive, l'endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés, n'est qu'un œdème simple, analogue à celui qui survient chez les adultes ou les vieillards affectés de maladies du poumon, du cœur ou des gros vaisseaux ; l'endurcissement du tissu adipeux se réunit parfois à l'œdème, mais le plus souvent reste indépendant de lui.

L'endurcissement du tissu adipeux se présente avec ou sans infiltration générale du tissu cellulaire sous-cutané. Les joues, les fesses, les mollets, le dos, sont le siége le plus ordinaire de cet endurcissement. On l'observe avec ou sans trouble dans la circulation et la respiration : c'est ordinairement à l'instant de l'agonie des enfants qu'il survient, et il dépend de la consistance de suif qu'a pris la graisse de ces parties, qui s'est figée même pendant la vie, par suite de l'abandon de la chaleur.

Nous ne citerons que quelques-unes des opinions présentant le plus de vraisemblance relativement aux causes de l'œdème des nouveau-nés.

Andry et Auvity regardaient comme une des principales causes de cette affection, l'action du froid. M. Breschet accuse la persistance du trou de Botal et l'accumulation de sérosité séparée du sang. M. Denis voit dans cette maladie une affection

sympathique de l'irritation de l'appareil gastro-intestinal, et il l'appelle phlegmasie entéro-cellulaire. M. Baron la considère comme un simple œdème du tissu cellulaire, lequel est symptomatique du trouble ou d'un obstacle quelconque au cours du sang dans le cœur, les poumons et les gros vaisseaux.

M. Valleix (1) a proposé d'appeler l'endurcissement du tissu cellulaire, asphyxie lente des nouveau-nés; parce que, suivant lui, cette dénomination exprime la nature de cette affection. A cette dernière manière de voir M. le docteur Ollivier oppose les réflexions suivantes (2) : « Les faits rapportés par Billard démontrent que cette maladie n'est pas toujours une conséquence d'un trouble dans l'appareil respiratoire; vouloir la subordonner constamment à cette cause, ce serait nier l'évidence des faits. Le traitement conseillé par M. Valleix est une conséquence de son opinion; il consiste surtout en évacuations sanguines abondantes et continuées avec persévérance. Au nombre des objections qu'on peut faire à l'opinion trop exclusive de M. Valleix, on peut citer les cas d'œdème ou d'endurcissement *local* du tissu cellulaire. Si cette maladie était toujours la conséquence d'une *asphyxie lente*, comment expliquer cette localisation des effets d'une cause qui agit nécessairement et au même degré sur l'ensemble de l'économie? Les observations de Billard prouvent que l'opinion de M. Valleix peut être vraie dans quelques cas, mais elles démontrent aussi que souvent les faits la contredisent. »

Plusieurs auteurs ont signalé dans cette maladie un état de congestion ou d'inflammation du poumon. Ce qu'il y a de plus important à noter, c'est que chez presque tous les enfants endurcis ou œdémateux, on trouve les traces d'une congestion sanguine générale fort remarquable. Le sang veineux surtout prédomine dans tous leurs tissus; le cœur est presque toujours gorgé de sang, les gros vaisseaux en sont remplis.

(1) *Clinique des mal. des enfants nouveau-nés*, Paris, 1838, p. 601.

(2) Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, 3e édit., Paris, 1837, pag. 202, 207.

Cette congestion générale est plutôt due à la surabondance du liquide sanguin qu'à un obstacle mécanique dans un point des vaisseaux destinés au cours du sang. D'un autre côté, la peau est aride et remarquable par sa sécheresse extraordinaire. De sorte qu'on est tenté de croire qu'il y a dans ce cas, un trouble évident dans la circulation capillaire, et que le tissu cellulaire qui est le siége d'une sécrétion perspiratoire abondante, comme cela a lieu dans l'état physiologique, éprouve des entraves à cette fonction. Les matériaux lui arrivent en effet en plus grande quantité et la suspension de la transpiration cutanée s'oppose au libre écoulement de cette humeur, laquelle séjourne dans les cellules du tissu qui l'a sécrétée et détermine l'œdème.

Rien n'est plus irrégulier que la marche de la maladie : elle ne présente aucune période fixe, nul phénomène particulier n'annonce sa résolution. Dans l'œdème général, on trouve non seulement le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de sérosité, mais ce liquide est également répandu dans d'autres parties du corps ; le tissu sous-péritonéal, celui qui se trouve entre les médiastins et enfin les plexus choroïdes le sont très-souvent. De tous les phénomènes concomitants de l'œdème, l'ictère est un des plus fréquents ; cependant l'une de ces maladies peut exister sans l'autre.

La maladie dont nous nous occupons est plus commune en hiver qu'en été, plus fréquente chez les nouveau-nés que chez les enfants plus âgés. La faiblesse de l'enfant est une cause prédisposante de cette maladie. Lorsque l'œdème est général, la congestion séreuse excessive, toutes les parties où il existe du tissu cellulaire peuvent éprouver du trouble dans leurs fonctions. C'est ainsi que la glotte devenant œdémateuse, en même temps que le poumon est le siége d'une forte congestion, le cri de l'enfant est ordinairement pénible, étouffé. Le ralentissement de la circulation explique aisément le refroidissement des membres et l'affaiblissement dans lequel tombe le malade.

Les indications thérapeuthiques consistent à combattre par quelques évacuations sanguines la pléthore générale ; à ex-

citer l'action de la peau par des frictions irritantes, par l'emploi de langes de laine appliqués immédiatement à la surface du corps, et le concours de tous les moyens propres à retablir la transpiration cutanée. Les bains de vapeurs ne produisent pas un effet aussi avantageux que ce qui vient d'être conseillé. Du reste, cette maladie n'est le plus souvent aussi funeste que par ses complications avec d'autres affections.

§ VII. DES SCROFULES.

On donne le nom de scrofule, maladie strumeuse, écrouelles, ou humeurs froides, aux irritations et inflammations des ganglions et vaisseaux lymphatiques ; inflammations rarement aiguës, ordinairement chroniques, presque toujours obscures, fréquemment avec dégénérescence tuberculeuse consécutive, et l'on a étendu cette dénomination aux états de même apparence des parties où l'existence de ces vaisseaux et ganglions n'est que supposée, mais leur absence non prouvée. Les scrofules ne sont, selon Hugon, que des phthisies simultanées de la plupart des tissus organiques, qui procèdent de l'exaspération du tempérament lymphatique. Sydenham, Morton, Broussais et nombre de praticiens admettent une complète analogie entre les scrofules et la phthisie pulmonaire ; c'est d'après cette analogie même que M. Roche (1) conseille généralement d'abandonner, dans le traitement de cette maladie, l'emploi des antiphlogistiques, des lactés et féculents, pour recourir aux moyens capables de remédier à l'altération du sang et de lui rendre sa composition normale ; il conseille, en un mot, les toniques et un régime analeptique, mode de traitement avec lequel seraient en opposition les recherches récentes de MM. Andral et Gavarret sur les modifications des principes du sang dans les maladies, et par suite desquelles ce fluide présenterait en effet comme altération constante une augmentation de fibrine, dans la pleurésie, la pneumonie, la bron-

(1) Maladie strumeuse, écrouelles, humeurs froides.
(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. 13, p. 1.

chite, la péritonite, l'érysipèle, l'inflammation des ganglions lymphatiques et la phthisie pulmonaire. La plupart des auteurs qui se sont occupés des affections strumeuses, se sont attachés à dépeindre l'aspect et la constitution des individus qui y sont disposés. Cette cachexie modifie si profondément l'économie qu'elle imprime une manière d'être toute spéciale aux actes physiologiques et morbides de l'organisme. La constitution ou prédisposition scrofuleuse est due à l'augmentation de l'action organique du système lymphatique, à la prédominance de ce système sur les autres. C'est par l'engorgement des glandes cervicales que commence le plus ordinairement la maladie scrofuleuse; les tumeurs qui en résultent après un certain développement, restent quelquefois stationnaires pendant long-temps, pendant des mois et même des années; mais plus souvent encore après un certain laps de temps, quelques semaines ou quelques mois, elles sont prises d'un mouvement inflammatoire; des abcès se forment et une suppuration surabondante persiste au-delà de leur fonte totale; puis à la suite des ulcérations et abcès fistuleux se forment des cicatrices déchiquetées et inégales. Il arrive aussi que les ganglions lymphatiques du cou, après avoir acquis un développement moyen, ne s'abcèdent cependant pas, ce qui est plus rare, du moins dans les états scrofuleux bien avérés; car quelques tumeurs glanduleuses extérieures ne constituent pas toujours la maladie en question, qui, d'autre part, peut également exister à l'exclusion de celles-ci. Du reste, quand les engorgements du cou ont acquis un développement énorme, et surtout quand ils ont subi la dégénérescence tuberculeuse, ils finissent par suppurer, ou du moins ne se résolvent guère que de cette sorte. Le vice scrofuleux porte aussi ses atteintes au-delà de la région cervicale : la scrofule peut se manifester au dehors par de simples hypertrophies du derme, avec infiltration de son tissu : ces engorgements cutanés sont circonscrits, de forme ronde ou ovale, d'un rouge violet plus ou moins prononcé, durs et rénitents; leur nombre et leur disposition, leur siège, sont extrêmement variables, ils restent indolents ou s'é-

chauffent, deviennent sensibles, se terminent par de petits abcès, auxquels succèdent des croûtes brunes ou noirâtres et des cicatrices le plus souvent inégales et difformes. La lèvre supérieure, le nez sont gonflés et parfois excoriés, croûteux, les yeux sont affectés de blépharophthalmies et d'ophthalmies, le derrière des oreilles suinte, il y a des otorrhées, des croûtes à la tête, des suintements à la surface du cuir chevelu. Les tumeurs scrofuleuses formées par les glandes lymphatiques, au lieu de se terminer, comme nous l'avons dit, peuvent aussi s'étendre à l'intérieur de proche en proche, à la suite des inflammations des membranes muqueuses ou des organes parenchymateux, et tout le système lymphatique peut finir par être envahi ; il y a alors diathèse générale, cachexie. C'est après la première dentition, vers l'époque de la seconde, particulièrement depuis l'âge de trois ans jusqu'à sept, et souvent jusque vers la puberté, que les maladies scrofuleuses sont communes. Ces affections sont rares chez les adultes, du moins chez les hommes, et la vieillesse semble en être à l'abri ; cependant Alibert les aurait rencontrées chez des septuagénaires ; mais ce sont là des cas exceptionnels dont il convient lui-même, en disant que ce sont les effets de le dentition qui font éclore ce mal, et ceux de la puberté qui le font évanouir. La scrofule ne peut se communiquer d'un individu à un autre, ni par inoculation, ni par infection.

Les scrofules, ainsi que beaucoup d'autres affections, peuvent être considérées comme héréditaires ; mais dans ce sens seulement que chaque espèce de tempérament, chaque mauvaise disposition organique est susceptible de se transmettre plus ou moins complètement des parents aux enfants.

L'air froid, humide, impur, les lieux bas, mal exposés, la mauvaise alimentation, l'encombrement, telles paraissent être les conditions générales les plus favorables au développement et aux progrès de ces maladies. J. Hunter fait la remarque qu'en Angleterre la tendance aux scrofules provient de la nature du climat. C'est aussi à la réunion des fâcheuses circon-

stances que nous venons d'énumérer, que M. Baudelocque (1) attribue l'origine et l'extension des affections strumeuses.

L'air chargé d'humidité diminue la tonicité des muqueuses respiratoires, qui affaiblies et comme ramollies par le contact habituel des vapeurs d'eau, ne peuvent résister que faiblement à l'excitation brusque du froid. Le système cutané lui-même, en perdant de sa tonicité, sous l'influence de la même cause, réagit faiblement contre le froid et laisse répercuter à l'intérieur les éléments excrémentitiels, qui se font habituellement jour par la voie cutanée; la force exhalante semble paralysée par l'action du froid humide, tandis que l'humidité de l'air, en agissant à la surface du corps comme un bain continuel, donne à l'absorption des éléments inépuisables. De là refoulement des fluides par un mouvement centripète, développement et empâtement du tissu cellulaire; prédominance et engorgement du système lymphatique et glandulaire; disposition aux scrofules, au rachitisme, à la phthisie pulmonaire.

W. Hunter prétendait que les maladies vénériennes, que la rougeole, que la petite vérole prédisposaient aux scrofules. C'est peut-être d'après quelques-unes de ces idées que la vaccine avait été signalée également comme un préservatif de cette dernière maladie. Si les causes indiquées par Hunter ont réellement une action, elles la doivent à la débilitation constitutionnelle qu'elles occasionent, au séjour insalubre dans les hôpitaux qu'elles nécessitent. Quant à l'origine syphilitique des scrofules, particulièrement signalée par Astruc, elle a été suffisamment contredite par M. Baudelocque (2) qui a fait voir que cette théorie n'était fondée que sur certaines apparences d'analogie de la part des lésions et du traitement communs aux deux maladies, ou plutôt que sur une appréciation superficielle de ces prétendues ressemblances.

Les scrofules peuvent se lier avec des affections morbides,

(1) Baudelocque, *Études sur les causes de la nature et le traitement de la maladie scrofuleuse*, Paris, 1834, in-8.

(2) Ouvrage cité.

provenant soit de cause externe, soit de cause interne, et leur communiquer le stigmate de leur influence générale sur la constitution. C'est ainsi que l'on peut expliquer la diversité de siéges et d'aspects attribués à l'affection scrofuleuse.

Les préceptes bien entendus de l'hygiène, ceux surtout relatifs aux *ingesta*, les changements d'habitation, de climats, les préparations d'iode..., voilà à peu près en quoi se résument les moyens prophylactiques et curatifs que l'on oppose le plus généralement aujourd'hui à la tendance aux scrofules ou aux atteintes de cette maladie.

Tandis que les causes générales des scrofules agissent d'une manière débilitante, leurs résultats provoquent néanmoins dans l'appareil glandulaire un mouvement fluxionnaire et inflammatoire qui souvent oblige le médecin à recourir aux déplétions sanguines, bien que les toniques et les stimulants auraient été les moyens préservatifs par excellence.

Il convient d'exposer les scrofuleux à un air pur, de leur faire habiter la campagne, des endroits secs, élevés et au midi, de les envoyer dans des contrées plus chaudes et moins humides, de les vêtir de laine, de couvrir leur peau de flanelle, de les faire coucher sur le crin, sur la fougère, dans des chambres spacieuses; de composer particulièrement leur régime de viandes rôties, de bouillons gras et de vin de Bordeaux coupé avec de l'eau, sans cependant les priver absolument de poisson et de quelques légumes frais.

Des cataplasmes émollients, des sangsues, sont appliqués sur les engorgements externes douloureux, où l'inflammation est intense; sur ceux indolents, on pratique des frictions avec la teinture d'iode affaiblie, avec la pommade d'hydriodate de potasse ou d'iodure de potassium ioduré. On suspend alternativement et l'on reprend ces moyens, quand l'excitation paraît suffisante ou non pour amener la résolution; lorsqu'elle est trop vive et menace de suppuration, on est même parfois obligé d'avoir recours ou de revenir aux antiphlogistiques. Les abcès sont ouverts et les surfaces ulcérées amenés ou maintenues dans les conditions les plus favorables à la cicatrisation,

au moyen de l'action de topiques convenables, par l'emploi de pommade d'iodure de plomb, de cérat additionné de proto-iodure de mercure, etc. On conseille en même temps, et après avoir consulté l'état des organes digestifs, l'usage de quelques-unes des nombreuses substances et préparations qui ont été recommandées. On prescrit de la sorte, soit le sirop ou le vin antiscorbutique, le quinquina, le cresson, les sucs d'herbes, le sirop de gentiane, les tisanes amères, de houblon, de saponaire, de feuilles de noyer, etc. On a aussi conseillé l'huile de foie de morue (dont le principe actif est l'iode), les différentes préparations d'iode, les bains iodurés.

L'iode est certainement un modificateur précieux dont les heureux résultats ont été maintes fois appréciés dans ces maladies (1), mais il convient de l'employer avec apropos et circonspection et quand les inflammations scrofuleuses ont été suffisamment maîtrisées ; car il faut avant tout éviter de guérir le mal extérieur par une révulsion à contre-sens, en exaspérant l'affection scrofuleuse interne. Cette substance s'administre à l'intérieur sous forme de teinture, à la dose de douze, quinze à vingt gouttes, dans quelques verres d'eau sucrée : sous celle d'eau iodée (préparation de M. Lugol) composée d'iode, deux décigrammes; iodure de potassium, quatre décigrammes; eau distillée, un litre, à la dose de trois ou quatre verres par jour (on peut les sucrer). Le bain ioduré se prépare avec iode, huit grammes ; iodure de potassium, seize grammes; eau, six décilitres; on dissout par trituration, et l'on mélange dans le bain. On augmente la quantité d'iode et d'iodure de potassium d'après l'effet obtenu.

(1) Les préparations d'or ont été vantées par MM. Chrestien et Legrand. (*De l'or dans le traitement des scrofules*, par M. Legrand, Paris, 1837. — *Considérations sur les maladies scrofuleuses et leur traitement par les préparations d'or*, par M. Duhamel, Paris, 1839, in-8.) ces médicaments n'ont pas encore été suffisamment expérimentés pour qu'on puisse asseoir un jugement définitif à leur égard. Toutefois il est à craindre que leur grande activité ne rende leur emploi dangereux, surtout chez les jeunes enfants.

La maladie scrofuleuse peut successivement atteindre toutes les parties du corps : c'est ainsi qu'on la voit envahir les poumons, les voies digestives, la colonne vertébrale, les articulations, déterminer le gonflement des extrémités des os, des tumeurs blanches, etc. Elle se complique souvent de rachitis. Ce sont bien les mêmes tempéraments qu'on voit dominer, les mêmes causes que l'on voit agir dans la production de cette dernière maladie et de la précédente; néanmoins l'identité de leur nature est encore un sujet de controverse. M. Duval, à qui la science est redevable de plusieurs recherches importantes sur cette matière, semblerait pencher pour l'affirmative, car dans ses articles sur les scrofules, il parle du gonflement des extrémités osseuses et de l'extension du mal vers les articulations. M. Rufz(1), pour démontrer que le rachitisme n'a aucun rapport avec les scrofules et n'en est pas une transformation, s'appuie sur ce que dans vingt observations faites chez des enfants rachitiques, aucun n'a offert d'autres caractères scrofuleux; mais les scrofules sont très-rares avant la troisième année, et trois seulement des sujets observés par ce médecin avaient dépassé cet âge.

§ VIII. DU RACHITISME.

On distingue dans le rachitisme les tuméfactions articulaires, les déformations dans la continuité des os, et leurs déviations. Les tuméfactions articulaires sont surtout très-sensibles aux articulations radio-carpienne, tibio-tarsienne, fémoro-tibiale, cubito-humérale et sterno-claviculaire : la pression n'en est pas douloureuse; la déviation des membres n'est souvent que le résultat des tuméfactions articulaires. La difformité à laquelle on donne le nom de pied-bot peut reconnaître pour cause la tuméfaction des malléoles du tibia ou du péroné, qui détourne le pied de son axe naturel et le jette dans l'abduction ou dans l'adduction. Les difformités que présentent les cagneux

(1) Dans un article sur le rachitisme, qu'il a publié en 1834 dans la *Gazette médicale*.

résultent principalement des courbures du fémur, ou des os de la jambe; mais à un degré peu prononcé, elles peuvent dépendre de la tuméfaction des condyles du fémur. La main est quelquefois déviée en dehors ou en dedans, par suite de la tuméfaction des extrémités articulaires du radius ou du cubitus.

Il est prudent de ne faire marcher que très-tard les enfants qui présentent quelque apparence de rachitisme. Dans le traitement de cette maladie, les moyens orthopédiques sont le plus ordinairement indispensables.

Le rachitisme commence ordinairement à se manifester depuis l'âge de six à huit mois jusqu'à deux ou trois ans; quelquefois il ne se déclare que vers l'âge de six ou sept ans, et parfois même, mais plus rarement, vers la puberté : cette affection exerce la plus fâcheuse influence sur l'état général de la santé. Les courbures du rachis, les déformations de la cage thoracique, ont pour résultat de comprimer, de gêner les principaux viscères de la poitrine et du ventre, d'embarrasser les mouvements du cœur et le jeu des poumons, d'entraver la circulation et la respiration, de telle sorte enfin que tout devient cause d'orthopnée, et que les plus légères phlegmasies du côté des voies respiratoires deviennent particulièrement graves et promptement mortelles, surtout chez les enfants.

Le rachitisme aurait encore d'autres conséquences spéciales chez les jeunes filles. D'après les recherches de M. le docteur Bouvier, communiquées à M. Brière de Boismont (1), et dont nous nous occuperons de nouveau en traitant de la menstruation, les scrofules à un degré avancé et le rachitisme seraient en effet susceptibles de nuire à l'établissement et à la régularité des règles.

Les déformations du bassin sont aussi des suites possibles de cette dernière maladie, qui peuvent avoir pour la femme les conséquences les plus graves.

(1) *De la menstruation*, mémoire couronné par l'Académie de médecine. Mémoire de l'Acàd. royal de médecine, Paris, 1841, t. 9, p. 104.

Nous complèterons cet article par un aperçu de quelques-unes des belles recherches de M. le docteur Jules Guérin (1).

Dans toutes les difformités du système osseux, la partie du squelette qui en est le siége, tend à s'atrophier, à diminuer de longueur et de volume; les muscles tendent à se raccourcir, à se diriger en ligne droite entre leurs deux insertions; leur transformation est graisseuse ou fibreuse; graisseuse quand ils sont comprimés ou frappés d'inertie; fibreuse lorsqu'ils sont soumis à des tractions exagérés. Le calibre des artères diminue, tandis que le système veineux acquiert une grande prépondérance, un grand développement. Les nerfs et la moelle épinière tendent légèrement à se raccourcir. Dans les fortes déviations du rachis à gauche, le cœur se trouve logé dans la partie droite du thorax. Le résultat collectif des altérations dynamiques de la respiration, de la circulation, de la digestion, de la nutrition, de l'innervation et de la locomotion, les résultats de toutes ces anomalies ne pouvait être que le trouble de la fonction et l'altération chimique et organique de ses produits, et finalement une nutrition pervertie; cette nutrition exécutée avec un sang veineux, imprégné de matières grasses, hydrogénées, répand les mêmes principes dans tout l'organisme. Les déviations musculaires peuvent être actives ou passives.

Les troubles ou arrêts de développement de la première et de la seconde période de l'ostéogénie du sternum forment deux ordres nouveaux de difformités du thorax.

L'élongation trop rapide et disproportionnée de la colonne vertébrale est une cause fréquente de déviation chez les femmes vers l'âge de la puberté. L'inégalité primitive des deux moitiés de la colonne est encore une cause de déviation qui comprend presque toutes celles qui sont héréditaires, qu'on avait injustement attribuées au rachitisme, et qui se développent ordinairement vers l'âge de sept à dix ans, avec l'apparence de la plus parfaite santé.

(1) Rapport de l'Académie des sciences sur le concours pour le grand prix de chirurgie, 1837.

L'influence du rachitisme sur le tissu osseux se révèle par quatre ordres de faits distincts, la déformation, l'arrêt de développement, le retard de l'ossification et l'altération de tissu.

La déformation rachitique du squelette se développe successivement de bas en haut, des os de la jambe aux fémurs, des fémurs au bassin; puis viennent successivement celles des membres supérieurs, du thorax; puis en dernier lieu du rachis.

La plupart des os du squelette rachitique sont toujours relativement moins développés en hauteur et en largeur que les os du squelette normal, et cette réduction s'opère aussi de bas en haut.

La texture des os rachitiques offre des caractères tout-à-fait différents, suivant qu'on les observe pendant la période *d'incubation*, de *déformation* et *de résolution*.

Pendant la première, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans toutes les interstices du tissu osseux.

Pendant la deuxième, en même temps que le tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer entre les interstices, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et les surfaces externes des os, tend à s'organiser.

Dans la troisième période, le tissu de nouvelle formation passe à l'état de tissu compact et tend à se confondre avec l'ancien tissu qui recouvre sa dureté primitive.

Quelquefois (consomption rachitique) la matière épanchée non organisée écarte les cloisons, les lamelles osseuses, et celles-ci restent écartées. Pendant la troisième période, le tissu de nouvelle formation, la matière épanchée, passe à l'état de tissu compacte et tend à se confondre avec l'ancien tissu qui recouvresa dureté première. Les os deviennent alors très-épais, la texture des os rachitiques chez les adultes, quand la maladie s'est complètement résolue, offre une compacité et une dureté supérieures à celles de l'état normal (éburnation rachitique).

Les caractères généraux du rachitisme peuvent se résumer comme il suit :

1° Le rachitisme est une maladie générale de l'enfance caractérisée par l'altération ou perversion, et même par la suspension du travail de développement et de réparation de l'organisme, et principalement du système osseux.

2° La marche du rachitisme, considéré comme affection du squelette, comprend trois périodes distinctes : la période d'*incubation* ou d'*épanchement*, la période de *déformation* et la période de *résolution* ou d'*éburnation* ; à chacune de ces périodes correspondent des symptômes généraux propres et des altérations particulières du système osseux.

3° L'influence du rachitisme sur le tissu osseux se révèle par quatre ordres de faits distincts : la *déformation*, l'*altération de tissu*, l'*arrêt de développement* et le *retard de l'ossification*.

4° La déformation rachitique du squelette se développe successivement de bas en haut, des os de la jambe aux fémurs, des fémurs au bassin ; puis viennent successivement ou simultanément les différentes parties des membres supérieurs, le thorax, et en dernier lieu la colonne vertébrale et le crâne. Le degré des déformations est en rapport avec leur ordre de développement, d'où il suit que la déformation rachitique d'une portion du squelette implique toujours la déformation des portions situées au-dessous.

5° La plupart des os du squelette rachitique sont toujours relativement moins développés en longeur et en largeur que les os du squelette normal ; cette réduction, qui est indépendante de celle résultant des déformations, s'opère suivant la même loi que ces dernières, c'est-à-dire successivement de bas en haut, et graduellement de haut en bas. La proportion suivant laquelle toutes ces parties du squelette sont réduites de bas en haut est exprimée par une série régulière de nombres, qui permet de déduire approximativement de la dimension d'un seul os la dimension des autres parties du squelette.

6° La réduction plus grande des membres inférieurs, compa-

rée à celle des membres supérieurs, établit entre ces parties des rapports de longueur qui répètent et perpétuent ceux de l'âge où la maladie s'est développée.

7° La réduction des os, considérée chez les adultes rachitiques, est le résultat de l'arrêt de développement du système osseux sous l'influence directe de la maladie, et du ralentissement consécutif de son accroissement postérieur à la maladie.

8° La texture des os rachitiques offre des caractères tout-à-fait différents, suivant qu'on les observe pendant la période d'*incubation* du rachitisme, pendant la période de *déformation*, ou pendant la période de *résolution;* ces caractères diffèrent même au commencement et à la fin de chacune de ces périodes ; ils diffèrent aussi suivant les *degrés* et l'*ancienneté* de l'affection.

9° Pendant la période d'incubation du rachitisme, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans tous les interstices du tissu osseux, dans les cellules du tissu spongieux, dans le canal médullaire, entre le périoste et l'os, entre les lamelles concentriques de la diaphyse, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les noyaux épiphysaires et leurs cellules, dans les os courts et les os plats comme dans les os longs, en un mot, dans toutes les parties du squelette et dans tous les points, du tissu osseux où se distribuent les radicules des vaisseaux nourriciers. De cet épanchement résultent le dédoublement des parties composantes du tissu, et le gonflement, le boursouflement des différentes portions du squelette.

10° Pendant la seconde période du rachitisme, période de déformation, en même temps que la trame du tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer dans tous les interstices du tissu osseux tend à s'organiser : elle passe successivement de la forme cellulo-vasculaire à la forme cellulo-spongieuse. Cette matière de nouvelle formation est surtout abondante entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et la table externe des os plats, et entre les lames de ces derniers.

11° Pendant la troisième période (de résolution), le tissu de nouvelle formation, dans les os longs et dans quelques

os plats et courts, passe à l'état de tissu compacte et tend à se confondre avec l'ancien tissu, qui recouvre sa dureté première. Cette addition d'un tissu nouveau au tissu ancien donne une très-grande épaisseur, et surtout une très-grande largeur, à quelques parties des os qui avaient été le siége de l'organisation du tissu spongieux nouveau de la période précédente.

12° Dans l'état désigné sous la dénomination de *consomption rachitique,* et qui résulte d'un degré exagéré de l'affection, le dédoublement et l'écartement des parties composantes du tissu osseux ont été tels, que leur réunion ne s'est pas opérée, et que l'organisation de la matière épanchée n'a pas eu lieu. Dans cet état, les cloisons et les lamelles osseuses sont restées écarté s, et la consistance de l'os primitif a été réduite au point que leur couche extérieure n'est plus formée quelquefois que par une pellicule mince.

13° La texture des os rachitiques chez les adultes, quand la maladie s'est complètement résolue, offre une compacité et une dureté supérieures à celles de l'état normal. Dans cet état, appelé *éburnation rachitique*, on ne distingue plus aucune trace de la réunion des éléments de l'ancien os avec ceux de l'os nouveau.

14° Les difformités de l'épine qui arrivent vers l'âge de puberté, et toutes celles qui n'ont pas été précédées de déformations des membres inférieurs, ne sont point de nature rachitique.

15° Le rachitisme est une affection essentiellement différente des *scrofules,* ou de l'affection *tuberculeuse* des os, ainsi que de toutes espèces de *ramollissement des os qu'on observe chez les adultes ;* il faut exclusivement réserver pour ces dernières affections la dénomination d'*ostéomalacie.*

Nous ne pouvons mieux faire, pour ce qui concerne le redressement de la taille, que de nous appuyer encore des travaux de M. J. Guérin. Des différents moyens mécaniques qu'on a proposés jusqu'ici pour combattre les déviations latérales de l'épine, tous ont eu pour objet de pratiquer l'extension de l'épine suivant sa longueur, en associant à cette ac-

tion principale des pressions latérales au niveau de la convexité des courbures. Cette méthode, que M. Guérin appelle l'*extension parallèle*, offre beaucoup d'inconvénients. Le premier, d'où résultent tous les autres, c'est qu'elle emploie les forces de la manière la plus défavorable, en ce que la plus grande partie est perdue suivant la longueur de l'épine, et la partie la plus faible seulement employée à redresser les courbures. Dans la majorité des cas qui sont du ressort de l'orthopédie, d'après les calculs auxquels M. Guérin s'est livré, les forces perpendiculaires ou actives seraient aux forces parallèles ou perdues, environ comme 1 est à 6. Cette proportion décroît sans cesse à mesure que les courbures diminuent, de manière que plus l'épine se redresse, plus la somme des forces perdues est considérable, et par conséquent plus il faut employer d'efforts pour vaincre les derniers degrés des difformités. M. Jules Guérin fait remarquer que les forces perdues suivant la longueur de l'épine ne sont pas sans action; qu'elles sont au contraire employées à distendre les moyens d'union des vertèbres. Il conclut de ce premier fait que l'extension parallèle de l'épine, quand elle n'est pas combinée à d'autres agents capables de détruire plus ou moins les inconvénients, relâche outre mesure les ligaments, les fibro-cartilages, les muscles appartenant aux articulations de la colonne; prédispose cette dernière aux rechutes, efface les courbures antéro-postérieures, et, ce qui est plus grave, n'exerce aucune action sur le côté convexe des courbures, pour diminuer le surcroît de développement qui se remarque dans les fibro-cartilages et même dans le tissu des vertèbres de ce côté. Ce dernier inconvénient de l'extension parallèle est, aux yeux de M. J. Guérin, la cause la plus fréquente du retour des difformités après un long traitement. La gymnastique bien dirigée peut, jusqu'à un certain point, prévenir les rechutes; mais elle est généralement employée avec trop peu de discernement pour établir cette compensation.

Quelques auteurs avaient déjà essayé d'une autre direction. Bampfield en Angleterre, Delpech en France, et M. Mayor de

Lausanne avaient proposé quelques moyens dont les principes d'action différaient sous quelques rapports des principes de l'extension parallèle; mais l'expérience n'a rien conservé de leurs essais, si ce n'est quelques applications secondaires. Cependant M. J. Guérin rapporte à ces auteurs, et à M. Mayor de Lausanne en particulier, les premières idées de sa méthode. Laissons-le parler :

« De quoi s'agit-il dans le traitement des déviations latérales de l'épine, considéré sous le rapport mécanique? de redresser une tige courbe en un ou plusieurs points. Si l'on donne ce problème à résoudre, dégagé de toutes les circonstances organiques qui en cachent la simplicité, et si on le réduit au simple fait d'une tige courbée à rendre droite, il n'est pas d'homme si peu éclairé qui, avec le secours d'une expérience vulgaire, ne présente une solution plus satisfaisante que toutes celles qu'on a proposées jusqu'ici. Que fera cet homme, en effet? A la place de l'épine mettez-lui entre les mains un bâton courbe, mais flexible : il ne s'y prendra pas à coup sûr en tirant sur les deux extrémités et suivant sa longueur; il saisira les deux bouts du bâton de chaque main, et l'appliquant sur le genou du côté convexe, il tirera perpendiculairement sur chacune de ses extrémités, de manière à produire une courbe directement opposée à celle qu'il veut redresser. Il ne se bornera pas, d'ailleurs, à ramener le bâton aux limites de la ligne droite, parce que l'expérience lui a appris que pour obtenir un redressement complet et permanent, il faut produire une courbe en sens contraire de la courbe existante, afin de vaincre la force qui tend à se reproduire quand on se borne à n'opérer le redressement que jusqu'aux limites de la ligne droite. »

Voilà, dit M. J. Guérin, ce qu'on faisait vulgairement pour redresser toute espèce de courbe flexible et imcomplètement élastique ; et voilà ce que j'ai cherché à rendre praticable pour le traitement des courbures de l'épine. La méthode que je propose et que j'appelle *l'extension sigmoïde*, consiste donc à substituer des courbures artificielles aux courbures patholo-

giques, de manière à donner à la colonne la forme d'un S dans un sens directement opposé à l'S que représente ordinairement la déviation pathologique.

L'appareil au moyen duquel M. J. Guérin a réalisé sa méthode consiste en un châssis principal en fer long de six pieds, large de dix-huit pouces, supporté par quatre montants en bois ; sur ce châssis fixe sont placés deux autres châssis mobiles de hauteur différente, et recouverts par trois coussins, dont le moyen, fixe, s'appuie sur deux barres parallèles dans l'étendue de cinq pouces, et empiète d'autant sur les extrémités correspondantes des châssis supérieur et inférieur. Ceux ci, horizontalement mobiles en sens inverse, ont leur centre de mouvement sur une même ligne transversale ; le premier, au sommet de son angle inférieur gauche ; le second, au sommet de son angle supérieur droit. Ils décrivent des arcs de cercle : le supérieur, de gauche à droite, et l'inférieur de droite à gauche, en laissant chacun, entre le coussin moyen et leur bord correspondant, un angle dont le sommet est à droite pour le coussin supérieur, et à gauche pour le coussin inférieur. Au niveau à peu près de ces deux angles sont deux points d'appui sous formes de plaques rembourrées, lesquelles, mobiles de haut en bas et sur leur axe de support, présentent du côté de l'appareil une double courbure à concavité dans le sens vertical et à convexité dans la sens horizontal ; elles peuvent être avancées vers le milieu de l'appareil, rapprochées de ses bords et relevés d'arrière en avant. Les châssis supérieur et inférieur sont mis en mouvement au moyen de deux crémaillères horizontales placées à leur extrémité libre, et formant des arcs appartenants aux cercles décrits par les châssis eux-mêmes.

Cet appareil est construit pour une déviation latérale double à droite en haut, et à gauche en bas. On couche le sujet sur l'appareil de manière à loger la moitié de la tête dans le casque qui termine le châssis supérieur, on fait correspondre le côté convexe des deux courbures aux deux plaques d'appui ; on fixe le sujet par la tête, au moyen d'un collier à lanières re-

çues dans des boucles placées au pourtour de la demi-circonférence antérieure du casque; une ceinture rembourrée embrassant les hanches, donne naissance de chaque coté à deux courroies qui viennent se fixer à un ressort transversal placé au bas du châssis inférieur, et font la contre-extension. Le sujet étant ainsi maintenu, on tourne la manivelle correspondant à la crémaillère inférieure; le châssis inférieur de l'appareil décrit un arc de cercle de droite à gauche, entraînant avec lui les membres inférieurs, le bassin et la portion lombaire de l'épine. Le flanc gauche étant appliqué contre la plaque d'appui inférieure, la colonne vertébrale se courbe dans le sens de cette plaque et en s'appuyant sur elle, c'est-à-dire dans le sens opposé à la courbure qu'elle présentait.

On produit un résultat analogue, mais en sens inverse, en tournant la manivelle correspondante à la crémaillère supérieure. La tête et la partie supérieure du thorax devient obliquement de gauche à droite; les côtes arrêtées par la plaque d'appui supérieure sont refoulées de droite à gauche, et forcent l'épine à se courber de gauche à droite. Pour que ce résultat s'opère complètement, il est nécessaire qu'une courroie rembourrée partant du sommet du coussin supérieur et de sa partie moyenne, passe derrière l'épaule gauche du sujet et vienne, en se réfléchissant obliquement sur le côté du thorax, se fixer à une tige qui descend au niveau de la base du sternum. Cette courroie a pour but de maintenir le thorax dans des rapports invariables avec le coussin supérieur et de le forcer à suivre son mouvement de déviation latéral. Sans cet auxiliaire la traction se porterait principalement sur la tête, et l'épine ne se courberait qu'au niveau de la région cervicale.

Dans un autre mémoire sur l'étiologie générale des déviations latérales de l'épine par rétraction musculaire active, présenté par le même médecin à l'Académie des Sciences, le 23 septembre 1839, l'auteur établit que la plupart des déviations latérales de l'épine sont, comme le torticolis, le pied-bot, etc., le produit d'une affection spasmodique des muscles de l'épine, et que les déformations osseuses qu'on y observe ne survien-

nent que consécutivement; et il arrive à cette conclusion logique, qu'il convient d'appliquer à ces déviations de l'épine, la même méthode thérapeutique, c'est-à-dire la section des muscles du dos.

§ IX. OPHTHALMIE SCROFULEUSE.

L'histoire des ophthalmies appartient plus spécialement à la pathologie externe; cependant l'ophthalmie scrofuleuse est une des dépendances trop réelles de l'affection générale dont il a été question, pour que nous puissions la passer entièrement sous silence. Cette inflammation peut atteindre indistinctement toutes les parties de l'œil, mais elle commence presque constamment chez les jeunes sujets par la conjonctive palpébrale. Les distinctions basées par les oculistes allemands, sur les dispositions variées et spéciales de l'injection sont presque généralement abandonnées ici. Au début, la maladie ne présente souvent d'autre caractère qu'une rougeur légère, et de la photophobie; ce dernier symptôme s'accompagne de larmoiements. La phlegmasie s'étend à la cornée, à la conjonctive scléroticale qui paraît boursouflée, ramollie et d'un jaune sale. La kératite est le plus souvent compliquée d'iritis et de choroïdite; elle se termine fréquemment par ulcération, ramollissement et perforation à travers laquelle peuvent s'écouler les humeurs de l'œil. La partie où s'opère le ramollissement perd de son poli et de sa transparence; mais l'opacité de la cornée peut être aussi un résultat de la kératite, sans qu'il y ait de ramollissement ou d'ulcération. Le bord des paupières est rouge, et cette coloration s'étend vers l'angle interne, elle est surtout prononcée à la conjonctive palpébrale, dont l'injection est plus ou moins marquée; celle-ci se répand sur tout le globe de l'œil, et la suppuration s'établit. Ce dernier symptôme est souvent un des plus tranchés, et a valu à cette ophthalmie l'épithète de catarrhale ou purulente. En écartant les paupières, il s'en écoule un flot de pus et les replis de la membrane muqueuse qui les tapisse, apparaissent gonflés, rouges et parsemés de granulations. La turgescence de cette membrane

est telle que parfois elle fait hernie au dessous du bord des paupières, sous la forme d'un bourrelet cramoisi et comme fongeux. A ce degré, la sensibilité à l'action de la lumière, la douleur, les démangeaisons sont extrêmes et c'est aussi alors que se manifestent les suites graves dont nous avons parlé, et qui vont jusqu'à la perte de l'œil. Lorsque l'inflammation s'appaise, le gonflement, la suppuration, la douleur diminuent et l'amendement continue progressivement à s'opérer. Lorsque la phlegmasie est particulièrement fixée vers le système glandulaire des paupières, elle est par fois lente et sourde; les glandes de Meibomius s'hyperthrophient, surtout à la paupière supérieure, et une sécrétion abondante de matière chassieuse a lieu. Mais généralement l'ophthalmie purulente marche avec rapidité, et souvent en peu de jours l'œil peut se trouver complètement détruit.

Les premières indications qui semblent se présenter dans le traitement de cette affection sont de combattre la violence de l'inflammation et de calmer la photophobie. C'est dans ce but qu'on a conseillé l'application de quelques sangsues, soit sur les paupières elles-mêmes, soit vers l'angle externe de l'œil; qu' on a proposé d'étaler abondamment sur les paupières et les environs de l'orbite une pommade composée de parties égales d'extrait de belladone et de graisse mercurielle. Travers vante les frictions autour de l'orbite avec la pommade stibiée; M. Lawrence conseille de faire usage le plutôt possible de collyres astringens. On a encore conseillé, après que les premiers symptômes inflammatoires avaient été combattus, les collyres avec l'alun, ceux avec le nitrate d'argent (dix centigrammes de ce sel pour trente-deux grammes d'eau distillée). Si la phlogose est chronique, qu'il y ait particulièrement blépharite, affection des glandes de Meibomius, on fait insister sur les frictions mercurielles locales, sur celles avec la pommade de Dupuytren (oxyde rouge de mercure... cinquante centigram.; sulfate de zinc... un gramme; axonge... trente-deux grammes). Parmi les remèdes accessoires il faut mentionner les purgatifs, les

vésicatoires, et parmi les anti-scrofuleux les préparations d'iode.

Mais de l'aveu de nombre de praticiens, trop fréquemment on n'arrête les conjonctivites franchement purulentes, ni par les émissions sanguines, ni par les drastiques, ni par les pommades de toute sorte, ni par les collyres de toute espèce, ni par les scarifications, ni par la cautérisation. C'est dès l'origine, pour ainsi dire au berceau, qu'il faudrait chercher à étreindre, à enrayer cette phlegmasie. Le traitement abortif dont M. Velpeau se servirait avec succès, et dont une des conditions de réussite serait son emploi avant que la cornée ne soit envahie, consiste dans une solution très-chargée de nitrate d'argent (deux grammes de nitrate pour trente grammes d'eau, et par fois même, quatre grammes pour la même quantité d'eau distillée). On en fait lotionner toute la surface enflammée deux ou trois fois par jour. La maladie serait ordinairement arrêtée de la sorte en vingt-quatre heures, et l'on continuerait de la combattre les jours suivants avec le même médicament un peu affaibli, ou par les moyens vulgairement employés contre les ophthalmies simples.

§ X. PUBERTÉ. — MENSTRUATION.

Il a déjà été question dans ce livre de l'époque de la puberté. Ce que nous ajoutons concerne certains rapports habituels entre cette période de la jeunesse et l'établissement plus ou moins orageux d'importantes fonctions chez les jeunes filles. C'est en effet aux approches ou pendant l'époque de la puberté que les fonctions cataméniales s'établissent (1); c'est aussi vers cette époque, quelquefois avant, d'autres fois après que survient la chlorose. L'époque *légale* de la puberté a seule quelque fixité, et ce terme

(1) On ne peut citer que comme phénomènes ou exceptions ces cas de menstruations précoces où des jeunes filles naissent presque avec leurs règles, ou sont réglées dès l'âge le plus tendre : il n'est pas très-rare cependant de rencontrer des jeunes personnes qui ont été réglées à sept ou huit ans.

est loin d'être toujours celui marqué par la nature. La jeune fille des grandes villes est pubère par l'esprit et par l'imagination long-temps avant que la puberté réelle soit arrivée, et de ce désaccord entre le développement de la sensibilité et celui de l'organisme, peut naître une certaine précocité en quelque sorte maladive. Chez les jeunes filles de la campagne, au contraire, du moins chez celles placées dans des circonstances opposées, l'organisation a son développement lent, mais régulier, la puberté s'établit avec plus de lenteur, mais toujours pour ainsi dire avec maturité.

Les résultats des recherches de M. Brierre de Boismont (1), coïncident avec ce que nous venons de dire au sujet du rapport entre la précocité morale des jeunes personnes des villes, l'apparition prématurée chez elles des fonctions cataméniales, et comparativement à ce qui a lieu à l'égard des jeunes filles qui habitent la campagne. L'influence des progrès de l'esprit, du bien être et de la mollesse sur les menstruations hatives, est de nouveau prouvée par M. Brierre de Boismont, au moyen d'autres relevés statistiques concernant les jeunes filles de la capitale, qu'il divise en trois catégories : les pauvres, les riches et les métis. Voici le résumé de ces divers classements :

Age de la première menstruation chez les jeunes filles de Paris.

Dans les classes pauvres . . .	14,842	ou	14 ans et 10 mois.
——— métis.	14,405	ou	14 ans et 5 mois.
——— riches.	13,660	ou	13 ans et 8 mois.

Tel est en outre le tableau de l'âge de la première apparition des règles chez 1200 personnes, riches, pauvres, citadines ou campagnardes, que M. Brierre de Boismont, en réunissant ses observations à celles de M. Ménière, est parvenu à former.

(1) *De la menstruation*, mémoire couronné par l'Académie royale de médecine, décembre 1840, par M. Brierre de Boismont, inséré daus les *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1841, t. 9, pag. 104 et suiv.

Tableau général de l'âge de la première apparition des règles chez 1200 femmes.

A 5 ans	1	A 15 ans	190
6 —	0	16 —	141
7 — et 1/2	1	17 —	127
8 —	2	18 —	90
9 —	10	19 —	35
10 —	29	20 —	30
11 —	93	21 —	8
12 —	105	22 —	8
13 —	132	23 —	4
14 —	194		
	567		633
		1200	

C'est de douze à dix-huit ans (la plus forte proportion entre quatorze et quinze ans, âge commun quatorze ans) qu'entre donc le plus généralement en scène cette espèce de fonction complémentaire de la femme, quelquefois sans effort et presque sans peine ; mais dans d'autres circonstances les choses se passant tout différemment.

La jeune fille, sous l'influence de ces modifications organo-physiologiques laborieuses, pleure sans raison, rit sans motif, est sujette à divers troubles de l'innervation, depuis les spasmes les plus vagues jusqu'aux symptômes hystériformes les plus tranchés. Sans parler d'une foule d'autres épiphénomènes tout aussi bizarres et tout aussi inconstants; elle éprouve des vertiges, des pesanteurs de tête, de la céphalalgie, de l'oppression, des palpitations, des dérangements dans les fonctions digestives, du dégoût pour les aliments ou plutôt une sorte de perversion dans le goût; puis se manifestent aussi des éruptions plus ou moins éphémères et des gonflements fluctionnaires passagers. Le climat, l'état particulier de la constitution, le développement de la sensibilité, le genre de vie, sont autant de causes qui occasionent des variations et des anomalies dans l'apparition et l'établissement de la puberté.

A propos de toutes ces influences, nous extrairons encore du Mémoire remarquable de M. le docteur Brierre de Boismont, des documents précieux sur l'action climatérique, l'influence des tempéraments, de la couleur, de la taille, et sur celle de certaines affections. Selon cet observateur le chiffre moyen de la puberté à Paris étant 14,842, ce nombre est inférieur à celui de Manchester, qui est de 15,191, et supérieur à celui de Marseille et de Toulon, qui, réunis, donnent 14,015. On voit donc que dans ce cas la latitude joue déjà un rôle de quelque importance, puisque la différence d'époque de menstruation, pour Paris et les deux villes du midi réunies est d'environ un an. L'influence du climat nous paraît encore mieux marquée. Ainsi les températures moyennes annuelles de Paris et de Manchester sont entre elles dans le rapport de 48° ou 49° Fahrenheit, à 50°,50, et celles de Paris et de Marseille, de 51°50 à 52°,50 Fahrenheit. Il en résulte donc que deux degrés dans les températures font varier l'âge moyen de la puberté d'environ trois mois, tandis qu'une différence quatre fois plus considérable (8 degrés) fait varier cet âge quatre fois plus, c'est-à-dire d'environ un an.

Relativement à l'influence des tempéraments, M. Brierre de Boismont à trouvé pour l'âge commun les chiffres suivants :

Tempéraments.	Age commun.
Lymphatico-sanguin.	15 ans.
Sanguin.	14 —
Lymphatique..	16 —
Lymphatico-nerveux.	14 —

Relativement à celle de la constitution (classée en 1° robuste, 2° bonne, 3° moyenne, 4° délicate) les chiffres ont été

dans la première. . . . . (âge moyen)	14,520
dans la seconde.	14,706
dans la troisième.	14,807
dans la quatrième..	15,470

Relativement à la couleur,

âge moyen pour les brunes.	14,714
pour les blondes.	14,827
chatain foncé.	14,979

Relativement à la taille il a été trouvé que la menstruation aurait été plus hative chez les petites femmes et plus lente chez celles d'une grande taille ; voici la proportion :

Pour les grandes l'âge moyen a été de . . . . 14 ans 798 m.
Pour les petites ———————— de . . . . 14 ans 615 m.

Enfin relativement à l'influence de certains états morbides sur le retard ou l'avance de la menstruation, on peut conclure des recherches de M. Brierre de Boismont que les maladies de quelque intensité et de quelque durée ont généralement pour résultat de retarder l'apparition des règles ou d'en suspendre le cours; que dans les affections chroniques comme dans les affections aiguës tous les désordres du flux périodique peuvent avoir lieu, mais que le plus commun est l'aménorrhée symptomatique.

Les grands travaux entrepris dans ces dernières années sur les deviations de la colonne vertébrale, par MM. Jules Guérin et Bouvier, ont engagé M. Brierre de Boismont a rechercher quelle était l'influence des affections de cet ordre sur la menstruation, et tels sont les résultats auxquels il est arrivé par suite des communications que lui a faites M. le docteur Bouvier (1). Sur 104 demoiselles soumises au traitement orthopédique, la première menstruation s'est manifestée chez 32 pendant le cours du traitement. Le plus ordinairement elle s'est montrée régulière, mais dans un certain nombre de cas elle a été irrégulière. D'autre part 32 jeunes personnes de l'établissement de ce médecin se trouvèrent avoir été réglées (d'après les calculs comparatifs) avant les filles de la classe ouvrière, mais après les jeunes personnes appartenant aux classes riches et dans de bonnes conditions de santé ; ce qui tendrait à prouver que le rachitisme retarde l'apparition des règles.

Du reste toutes ces propositions et les précédentes, ainsi que l'avoue aussi M. Brierre de Boismont ne sont pas sans de nombreuses exceptions. C'est qu'en effet dans ces questions comme dans beaucoup d'autres, il ne faut pas se borner à un ou deux

(1) *Mém. de l'Acad. royale de médecine,* Paris, 1841, t. 9, p. 228.

éléments, mais les étudier tous. Nul doute que le lieu de la naissance, le genre de vie, la nature des occupations, la nourriture, les vêtements, l'habitation, les mœurs, les coutumes, les habitudes, l'éducation, les conditions sociales n'aient aussi une très-grande part d'influence sur le développement de la menstruation.

Le plus ordinairement, une fois le temps nubile arrivé, ou du moins la menstruation régulièrement établie, tout rentre dans l'ordre, et cette nouvelle fonction semble exercer la plus heureuse influence sur la santé générale dont la prospérité s'annonce bientôt par l'embonpoint, le coloris, la fraîcheur, et le développement des formes.

En ces diverses circonstances, le rôle du médecin est tout tracé, ses conseils doivent tendre à écarter les causes susceptibles de provoquer tout accroissement exagéré de la sensibilité, toute précocité maladive, locale ou générale, et à favoriser, aider toute évolution organique ou fonctionnelle laborieuse. D'une part il fera mettre un terme à toutes les impressions fâcheuses, prescrira l'habitation à la campagne, sur-activera le système musculaire par l'exercice, la gymnastique, la natation, etc. ; de l'autre il insistera sur les emménagogues externes et internes, conseillera certaines eaux minérales naturelles, les bains de mer, etc.

§ XI. CHLOROSE.

Mais malgré les soins les mieux entendus et la meilleure direction hygiènique, (qui sont néanmoins loin d'être toujours suivis), il arrive, et particulièrement au sein des grandes villes, que non-seulement ces premiers écueils n'ont pu être évités, mais qu'il s'en présentent de bien autrement graves. Nous avons déjà exposé, en effet, que c'était vers l'époque de la puberté, quelquefois avant, d'autres fois après, que se manifestait la chlorose, dont les crises menstruelles, l'aménorrhée, la dysménorrhée et les métrorrhagies favorisaient puissamment l'apparition. La plupart des phénomènes qui se manifestent dans l'état moral et physique de la jeune fille, vers l'époque de l'é-

tablissement laborieux de la puberté, se représentent lorsqu'elle ressent les atteintes de la chlorose ; mais parmi une foule d'épiphénomènes et de troubles fonctionnels variés, proéminent cependant quelques symptômes spéciaux. Tels sont la décoloration générale, la teinte anémique de la peau, l'amaigrissement, la pâleur, la lividité de la figure, la céphalalgie, l'oppression, les palpitations et les maux d'estomac.

La jeune personne chlorotique devient dissemblable à elle-même, à ce qu'elle était ; ses lèvres pâles, sa figure tirée, ses yeux ternes et cernés, la rendent méconnaissable à l'extérieur; tandis que des changements non moins marqués s'observent dans ses habitudes et son caractère : l'apathie et la langueur ont remplacé le mouvement et la vivacité; à la douceur, à l'expansion, à la gaîté, ont succédé l'irritabilité, la susceptibilité, la tristesse et l'ennui.

L'appétit et les digestions se conservent par fois dans un état presque complet d'intégrité, mais le plus souvent il y a inappétence et une sorte de dépravation dans le goût ; la diarrhée est rare, la constipation fréquente et la soif le plus ordinairement très-vive.

Les principales artères et le cœur font souvent entendre un bruit de soufflet; quelquefois il n'existe même pas de palpitations, ou celles-ci, jointes à l'œdème fréquent des extrémités inférieures, peuvent quelquefois faire croire à un anévrysme du cœur (1).

(1) Voici comme s'exprime M. le professeur Bouillaud au sujet de ces derniers symptômes (*Traité clinique des maladies du cœur,* 2e édit., tom. 2, pag. 604).

« On donne le nom de palpitations nerveuses à ces mouvements tumultueux, forts et fréquents, dont le cœur est quelquefois agité, chez des sujets qui ne sont atteints d'aucune lésion *matérielle appréciable* de cet organe. Ces mouvements peuvent ne durer que quelques instants, ou bien, au contraire, persister pendant long-temps. Ils sont *sentis* par les personnes chez lesquelles ils existent, tandis que les battements ordinaires du cœur ne le sont pas, au moins dans l'immense majorité.

» Les bruits du cœur augmentent de force pendant les palpitations,

Enfin, il faut ajouter à ce tableau la possibilité de défaillances, de syncopes, de symptômes d'hystérie, de chorée, d'épilepsie, de différentes névroses ou névralgies, dernière sorte d'affections considérées comme particulièrement fréquentes par quelques auteurs.

et c'est particulièrement alors que le médecin les entend à distance, et que les malades les entendent eux-mêmes, surtout lorsqu'ils restent couchés sur le côté gauche. Les palpitations sont quelquefois accompagnées d'un léger bruit de soufle, qui disparaît aussitôt que le cœur est revenu à son état de calme. Ces palpitations sont assez souvent accompagnées aussi d'un sentiment de malaise et d'anxiété difficile à caractériser, et dont on rapporte le siége à la région précordiale; quelquefois même il y a une tendance très-marquée aux défaillances et à la syncope.

» Les palpitations dites nerveuses se rencontrent dans une foule de cas très-différents les uns des autres et qu'il nous importe de faire brièvement connaître.

» Commençons par établir d'abord que le tempérament nerveux constitue une prédisposition très-réelle aux palpitations dont il s'agit, comme en général à toute autre maladie nerveuse. Cette prédisposition étant donnée, voyons maintenant quelles sont les diverses conditions propres à déterminer les palpitations de l'espèce qui nous occupe ici.

» 1° Les affections vives de l'âme, la joie, la frayeur, la colère, provoquent souvent des palpitations. Il est des affections moins vives, qui, par la continuité de leur action, amènent également à leur suite des palpitations: telles sont la tristesse, la mélancolie, la nostalgie. C'est à cette catégorie qu'il faut rapporter ces palpitations si communes chez les étudiants, qu'elles ont reçu à Édimbourg la dénomination de *maladie du cœur des étudiants.* Les excès d'étude et les veilles, etc., favorisent singulièrement le développement de ce genre de palpitations.

» 2° L'abus des boissons spiritueuses, du régime excitant en général, suffit quelquefois pour donner naissance aux palpitations. Il en est de même de l'excès des plaisirs vénériens et de l'onanisme en particulier.

» 3° Des palpitations qui n'avaient pas encore été suffisamment étudiées, et qui rentrent indirectement dans la classe des palpitations nerveuses, sont celles qui apparaissent chez les individus *anémiques* et *chlorotiques.* On sait d'ailleurs combien sont nombreuses les causes de l'anémie et de la chlorose; mais que ces états morbides soient le résultat d'abondantes hémorrhagies ou de quelque lésion viscérale qui

Cette maladie, dont la durée est indéterminée et varie suivant l'intensité des symptômes, les circonstances individuelles et la plus ou moins bonne direction du traitement, ne semble pas toujours, il est vrai, se lier à l'état de la menstruation, puisque la suppression ou l'imperfection des règles n'est pas toujours

porte une atteinte profonde à l'hématose et à la nutrition, il est démontré par l'expérience qu'il suffit de la plus légère cause pour faire éclater alors des palpitations.

» Les palpitations *chlorotiques* et *anémiques* ont été de notre part l'objet d'une étude d'autant plus attentive, qu'elles sont *journellement* confondues avec celles qui accompagnent certaines maladies organiques du cœur. L'erreur est, il paraît, très-facile à commettre par les médecins qui ne se sont pas assez familiarisés avec le sujet dont il s'agit; car, depuis six à sept années, j'ai vu, sans exagération, des centaines de malades chez lesquels cette erreur avait été commise par des praticiens dont plusieurs occupaient justement un rang des plus distingués parmi leurs confrères. Cette erreur provient de ce que les personnes chlorotiques ou anémiques, comme les personnes affectées de certaines lésions organiques du cœur, éprouvent des palpitations, de la dyspnée et de l'étouffement au moindre exercice, après avoir monté un escalier, etc., symptômes *à double sens*, sur lesquels les praticiens vulgaires fondent malheureusement leur diagnostic. Il fut une époque où nous manquions nous-même des éléments propres à nous faire toujours bien distinguer ces deux genres de cas les uns des autres. Il n'en est plus de même aujourd'hui, et quiconque aura lu attentivement cet ouvrage, et aura observé pendant quelque temps les maladies dont il traite, saura se préserver d'une erreur de diagnostic d'autant plus grave, que le traitement de la chlorose pure et simple ou de l'anémie est diamétralement opposé à celui que réclament les maladies organiques du cœur avec lesquelles on pourrait les confondre.

» Les palpitations chlorotiques ou anémiques sont souvent, mais pas toujours, accompagnées d'un bruit de soufflet du cœur bien caractérisé, doux et en quelque sorte moelleux. Constamment, dans l'état chlorotique bien décidé, les artères d'un grand calibre, et spécialement les carotides et crurales, font entendre ces bruits variés qui tantôt imitent le ronflement de ce *jouet* connu sous le nom de diable, le sifflement ou le gémissement du vent qui traverse une serrure ou une fente étroite, le bourdonnement de certains insectes, le roucoulement plaintif de quelques oiseaux, etc. Depuis huit ans, j'ai rencontré cent et cent fois le phénomène dont il s'agit chez les chlorotiques et les anémiques.

accompagnée des *pâles couleurs*; que la régularité du flux menstruel est loin d'entraîner toujours une sorte d'immunité à cet égard; mais s'il n'existe pas toujours une coïncidence absolue entre l'irrégularité des menstrues et la chlorose, il s'en trouve presque indubitablement entre cette dernière et la nature du sang excrété : celui-ci est généralement en plus petite quantité, séreux et pâle; et parfois on a vu la leucorrhée en remplacer entièrement la sécrétion. De sorte, en définitive, pour s'arrêter à la relation de cause à effet, que toutes les probabilités sont en faveur d'une cause chlorotique générale, dont l'époque de la puberté favoriserait spécialement le développement et dont les modifications subies par les fonctions menstruelles ne seraient qu'un effet. On cite d'ailleurs parmi toutes les causes actives de cette maladie, l'habitation au sein des villes, la vie sédentaire, les veilles, les travaux d'atelier, une alimentation peu substantielle, indigeste, de mauvaise qualité; les affections morales de nature dépressive, les métrorrhagies ou les règles trop copieuses et en un mot toutes les causes débilitantes.

Sans rappeler toutes les opinions diverses sur la nature ou la cause directe de la chlorose, affection confondue souvent avec

C'est incontestablement un des caractères les plus constants à la fois et les plus curieux de la chlorose confirmée et de l'anémie.

« En mars et avril 1835, M. Bouillaud a traité successivement, au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine, deux chlorotiques, chez lesquelles les artères crurales faisaient entendre, plus encore que les carotides, un très-beau sifflement musical, imitant assez bien le gémissement plaintif d'une tourterelle entendu de loin, ou le cri suspirieux du vent qui traverse brusquement une fissure étroite. »

M. Bouillaud a rapporté, en traitant des bruits anormaux des artères, plusieurs cas de palpitations chlorotiques et anémiques. Nous renvoyons au *Traité des maladies du cœur*, de cet habile observateur, t. 1, pag. 234 et suiv.

Depuis que cette note a été publiée dans la première édition du *Traité clinique des maladies du cœur*, M. Bouillaud dit avoir eu cent fois occasion d'observer les souffles, les *airs* chlorotiques et anémiques avec leurs nombreuses variétés. Rien n'est, dit-il, plus commun, en effet, que la chlorose et l'anémie, bien que, jusqu'à ces derniers temps, ces noms ne parussent presque jamais sur les feuilles de diagnostic des praticiens les plus célèbres.

ses causes et ses effets, avec l'aménorrhée, la disménorrhée, l'inertie des organes génitaux, la langueur des organes digestifs, avec l'anémie (qui n'est qu'un état accidentel et passager). Nous nous arrêterons plus particulièrement à la doctrine qui fait consister cette maladie dans un appauvrissement du sang (1) et plus spécialement dans la diminution de ses globules et d'un de ses éléments.

Des expériences faites par les chimistes (2) ont démontré la présence d'une quantité notable de fer dans le sang; l'absorp-

(1) *Des recherches sur les modifications de quelques principes du sang dans les maladies*, par MM. Andral et Gavarret, il résulterait qu'il existe une classe entière de maladies dans laquelle le sang présente comme altération constante une augmentation de fibrine. Cette classe comprend des espèces nombreuses que leurs caractères communs, abstraction faite de leur forme et de leur siège, ont fait réunir par les pathologistes sous le nom d'inflammations. Ces médecins ont tour à tour étudié cette augmentation dans le rhumatisme articulaire, la pneumonie, la pleurésie, la bronchite capillaire, la péritonite, l'érysipèle, l'amygdalite, la cystite, l'inflammation des ganglions lymphatiques.

Dans aucun cas les globules ne se sont élevés au-dessus de leur quantité normale, et ils descendent au-dessous par l'emploi des évacuations sanguines.

En résumé, dans les phlegmasies aiguës, MM. Andral et Gavarret ont toujours trouvé une augmentation dans les quantités de la fibrine. Les conditions de cet accroissement sont : l'acuité de la phlegmasie et l'existence du mouvement fébrile qui paraîtrait introduire dans l'économie une disposition en vertu de laquelle une grande quantité de fibrine se forme rapidement dans la masse du sang. Un fait remarquable et qui peut donner cours à bien des réflexions, c'est que MM. Andral et Gavarret ont toujours constaté pendant la phthisie une tendance à l'augmentation de la fibrine et à la diminution des globules. Lorsque les tubercules sont encore à l'état de crudité, la fibrine ne présente qu'une augmentation peu considérable, dont la moyenne est environ le chiffre de 4 sur 1000 parties, les globules sont encore peu diminués. A la période de ramollissement, la moyenne de fibrine devient 4, 5 ; les globules diminuent. Enfin lorsque les malades sont réduits au marasme, la fibrine obéit à la loi générale et descend à 2 environ.

(2) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 1837.

tion et le passage de cette substance dans les humeurs excrémentielles; la proportion beaucoup moindre dans laquelle elle se trouve, ainsi que le cruor, dans le sang des chlorotiques. La chlorose domine souvent la pathologie de la femme; aussi le fer chez elle agit-il contre des maladies en apparence fort diverses. C'est en rendant au sang l'élément qui lui manque et non par une vertu spécifique que le fer est utile. Il est tour à tour émménagogue, et il agit contre les pertes utérines qui reconnaissent pour cause la fluidité du sang et la laxité des tissus. Il n'est pas davantage anti-leuccorrhéique, anti-névralgique, anti-gastralgique; il guérit la chlorose et voilà tout.

Les diverses préparations ferrugineuses, conseillées contre la chlorose, étaient déjà très-nombreuses et se sont encore singulièrement accrues dans ces derniers temps. On ne peut, du reste, baser leur choix sur le plus ou moins grand nombre de réussites, car il est difficile ou plutôt encore impossible d'avoir des données exactes à cet égard. L'on ne peut non plus le faire d'après le degré plus ou moins grand de solubilité des préparations de fer, car il n'est nullement constant que les médicaments agissent en raison de cette propriété. Presque toutes les substances de ce genre ont d'ailleurs réussi. Néanmoins, c'est un fait de pratique assez commun que de voir telle formule mieux convenir que telle autre. Tantôt c'est la quantité, tantôt c'est la qualité qui semblent nuisibles. La limaille de fer irrite certains estomacs et quelquefois les fortes doses de sous-carbonate de ce métal semblent un poids trop lourd. Il convient dans ces circonstances de tenter l'essai des eaux minérales naturelles ou factices ferrugineuses, ou celui de quelque sel qui en raison de sa solubilité peut être administré en dissolution dans un véhicule approprié, et même être donné en plus faibles quantités. Sont particulièrement vantés dans ce moment les sulfates, les lactates, les citrates de fer, les pilules de Blaud, celles de Vallet, etc. Nous avons du reste retiré nous-même quelques heureux résultats par suite de l'emploi de ces agents divers. La médication doit être secondée par le concours d'une application intelli-

gente des règles de la diététique et de l'hygiène. On oppose à l'inertie de la peau, à la faiblesse du système musculaire, à la débilité des organes de la digestion, des frictions sèches ou aromatiques, l'usage de la flanelle, l'exercice, l'habitation sous une latitude plus élevée; un bon régime, des viandes rôties pour principal aliment; pour boisson, aux repas, de l'eau pure, de l'eau ferrée, de l'eau de Passy, ou de l'eau de Vichy coupée avec le vin de Bordeaux. Enfin on cherche à rappeler le flux menstruel par quelques fumigations locales, par l'application de quelques ventouses sèches à la partie interne et supérieure des cuisses, ou par celle enfin d'un très-petit nombre de sangsues placées seulement aux retours des époques habituelles.

§ XII. INCONTINENCE D'URINE.

Il est une sorte d'affection ou d'infirmité qui s'observe chez les jeunes enfants et se continue quelquefois même au-delà de la seconde enfance, qu'on a vue persévérer après la puberté, mais qui alors surtout mérite le nom d'infirmité, car sa disparition devient beaucoup plus douteuse. L'incontinence d'urine, dont en effet il est ici question, peut être complète, avoir lieu jour et nuit, ou ne durer que pendant les heures de sommeil. Continue, elle est beaucoup plus grave, car, ainsi qu'il arrive le plus souvent quand elle n'est que nocturne, elle n'est pas seulement due alors à l'abandon de l'influence de la volonté sur les parties contractiles du réservoir urinaire, mais elle se lie à des causes organiques diverses. Il y a défaut d'antagonisme entre les deux puissances chargées du rôle, soit d'expulser, soit de retenir; il y a faiblesse, insuffisance de sphincters, et ce vice, en ne permettant pas à l'urine de s'accumuler dans la vessie, ne prête point aux parois de celle-ci l'habitude de ce contact, les rend plus irritables et plus susceptiblement promptes à se contracter dès le moindre abord de ce fluide. Cette affection, dans ces circonstances tout à fait irremédiable, nous semble aussi pouvoir tenir à la soustraction entière et anormale à l'empire de la volonté des forces expultrices qui lui sont habituellement soumises.

Tous ces degrés, toutes ces causes sont variables et peuvent se nuancer à l'infini. Le temps seul peut bien éclairer le diagnostic et le pronostic.

Quelquefois, le mauvais usage seul de donner aux enfants une trop grande quantité de liquide, vers l'époque du coucher, fait qu'ils lâchent leur urine sous eux pendant la nuit. Leur sommeil est si profond qu'ils cèdent à leur insu à un besoin prononcé, mais dont cependant la sensation n'est pas assez vive pour les réveiller.

Dans les cas les plus simples, la précaution de donner peu à boire dans la soirée, de placer, pendant le cours de la nuit et à plusieurs reprises (serait-ce même parfois inutilement), l'enfant sur le vase: ces soins seuls ont fréquemment suffi.

Pour guérir l'incontinence d'urine à d'autres degrés, divers moyens intérieurs et extérieurs ont été mis en usage.

Parmi les moyens extérieurs, les bains froids, les bains iodurés, sulfureux ou aromatiques ont été préconisés. Dupuytren, MM. Baudelocque et Guersant considèrent le bain froid, à la température de dix-huit à vingt degrés, comme un des plus puissants remèdes. Ce traitement est contr'indiqué chez les enfants frêles, scrofuleux et sujets aux irritations et phlegmasies des membranes muqueuses.

Les bains aromatiques, préparés au moyen de l'infusion de cinq à six poignées d'espèces labiées, jetées dans suffisante quantité d'eau, ont été employés avec succès par M. Lallemant. Il a fallu quinze à trente bains pour obtenir une guérison complète. Ce praticien faisait en outre ajouter un verre d'eau de vie en mettant l'enfant dans le bain; l'y laissait tant qu'il s'y trouvait bien, et prescrivait de le frictionner avec de la flanelle à sa sortie.

L'usage des bains de mer, d'après Underwood, les ventouses sèches, les vésicatoires au sacrum, l'électricité, sont autant de moyens qui ont été employés avec alternative ou non de réussite. L'excitation produite sur le col de la vessie par le cathétérisme répété cinq à six fois, a de cette sorte pu guérir aussi cette affection. On a vu également plusieurs fois l'excita-

tion produite par le mariage la dissiper, lorsque l'écoulement involontaire de l'urine n'avait lieu que la nuit.

On a encore publié plusieurs observations de guérisons obtenues par l'administration à l'intérieur de préparations avec les cantharides et surtout avec la noix vomique. L'extrait de noix vomique peut être porté depuis un demi-grain jusqu'à quatre, mais très-graduellement.

§ XIII. ONANISME.

Aux considérations générales qui ont déjà été présentées (p. 56), au sujet du funeste penchant à la masturbation, il reste à ajouter, pour compléter ce sujet, quelques détails et quelques inductions médicales. L'habitude vicieuse de l'onanisme est d'autant plus facilement contractée, qu'elle n'est que la satisfaction abusive d'un besoin naturel. Le hasard, quelques frottements ou attouchements, l'émission spontanée et voluptueuse du sperme, en l'absence du moment opportun et de l'occasion de satisfaire ce besoin d'une manière plus conforme au vœu de la nature et aux lois de la morale et de la religion, mettent sur la trace de ces jouissances et apprennent bientôt ce mode fatal d'y pourvoir. Des sensations internes, une irritation locale, des lectures, des communications, des exemples, certaines impressions du dehors, l'aspect de la jeunesse, de la beauté... toutes ces causes éveillent, exaltent trop souvent prématurément les penchants érotiques : l'amorce et l'étincelle en présence, l'explosion se fait peu attendre. C'est surtout lorsque la masturbation a été enseignée par l'exemple, qu'elle devient à la fois plus dangereuse et presque irrémédiable, parce qu'elle commence ordinairement long-temps avant la puberté (pag. 56), devient encore plus irrésistible à cette époque et finit même par inspirer de l'éloignement pour les plaisirs naturels.

Les femmes sont également enclines à ces mauvaises habitudes ; bien que dépourvues d'un appareil éjaculateur, la sensation locale, l'orgasme vénérien n'existent pas moins chez elles.

Ce penchant poussé à l'extrême fait de nombreuses victimes, et les constitutions même les plus robustes en reçoivent

des atteintes plus ou moins profondes. La masturbation présente bien plus encore de dangers que l'abus des plaisirs du rapprochement des sexes; car bien plus que pour le coït l'usage engendre l'abus et le penchant à se livrer à l'orgasme vénérien devient d'autant plus exigeant qu'il s'est pour ainsi dire rapetissé davantage et limité à l'excitation des organes génitaux. La vive et fréquente stimulation du système nerveux et les déperditions réitérées qui sont les suites de ces actes sans cesse renouvelés, sont des causes très-légitimement efficientes de maladies; aussi n'est-ce pas comme un vain épouvantail, mais comme des conséquences bien réelles de l'onanisme, qu'il faut énumérer une foule d'accidents et de maux : la faiblesse du système musculaire, la maigreur, le dépérissement général, malgré la conservation et parfois même l'accroissement de l'appétit; un état de langueur, les maladies du cerveau et de la moelle épinière, les névroses les plus graves, les inflammations sourdes des viscères du ventre et des organes de la poitrine, affections parmi lesquelles se place en première ligne la phthisie.

Ce tableau quoique sombre, n'est rien moins que surchargé et il n'a pas sous ce rapport les inconvénients de la fantasmagorie de Tissot, qui n'a trouvé que des incrédules. C'est cette réalité, ce sont des exemples analogues qu'il faut opposer à cette dépravation, quand l'âge soustrait à la surveillance et aux moyens mécaniques, mais donne prise à l'intérêt et à la raison.

Il faut tâcher de prévenir l'onanisme chez les enfants, tout en évitant par d'imprudentes recommandations d'éveiller leurs idées sur cette pratique dangereuse. Il faut les surveiller sans qu'ils s'en doutent. Lorsqu'on a lieu de craindre de leur part ces mauvaises habitudes, on ne doit jamais les laisser seuls; il ne faut les coucher que lorsqu'ils ont envie de dormir, et les lever aussitôt qu'ils sont réveillés. Les bains frais, la natation, l'exercice, les travaux mécaniques poussés jusqu'à la fatigue, des boissons tempérantes, un régime doux, analeptique, sont autant de précieux auxiliaires. Enfin lorsque les conseils et la surveillance n'ont pu rompre ces habitudes, on a recours, surtout pendant la nuit, à des moyens de contrainte propres à

mettre obstacle à ces aveugles et fatales impulsions. Quelques-uns de ces procédés, plus ou moins imparfaits, consistent à attacher les mains, à se servir de brassières dont les manches se trouvent réunies inférieurement ; consistent aussi en une sorte de bandage en T, dans des ceintures ou appareils avec chef passant entre les cuisses et garni de plaque ou compartiment métallique, disposés dans un but de protection à l'égard des parties génitales ; de manière enfin à les mettre à l'abri de tout contact.

§ XIV. DE LA MORT SUBITE.

Quelquefois les morts subites sont justifiées, chez les enfants, par des affections organiques arrivées instantanément au summum de gravité, ainsi qu'il en était dans les observations 7, 105, 106. Nous ne connaissons point d'exemple de mort subite chez les jeunes sujets, arrivée par suite d'hémorrhagie cardiaque, de rupture du cœur. La mort peut encore survenir à cet âge d'une manière inattendue, au milieu de convulsions et sans qu'à l'autopsie on trouve la moindre détérioration organique à mettre en regard d'aussi grandes catastrophes. Quelquefois des enfants faibles, souffreteux, à peine ou non convalescents, périssent également sans que cette cessation brusque de la vie puisse être en quelque sorte matériellement expliquée.

En ces circonstances la physiologie ne peut-elle suppléer au silence de l'anatomie pathologique? et ne peut-on trouver quelque explication à des effets sans causes apparentes, à des accidents mortels, sans traces cadavériques?

On accuse en général, dans les cas de mort subite, la suspension de l'action soit du cerveau, soit du cœur, soit des poumons (1). Bichat, dans son admirable ouvrage sur *la vie et la mort*, dit que toute espèce de mort subite commence par l'interruption de la circulation, de la respiration et de l'action du cerveau : en définitive, il semble résulter des recherches

(1) C.-F. Burdach, *Traité de physiologie*, Paris, 1839, t. V, p. 348.

de ce grand physiologiste, que la cessation des fonctions cérébrales tue immédiatement l'une *des deux vies*, directement la *vie animale*, puis indirectement la *vie organique*, et produit ainsi la *mort générale;* que la cessation des fonctions du cœur ou des poumons n'occasione la mort générale que par la mort préalable du cerveau. Mais les vues de ce livre étant toutes physiologiques, son auteur ne s'explique pas sur la possibilité pathologique de la suspension instantanée et, pour ainsi dire, essentielle de l'action du cerveau. Cette possibilité ne serait pas admise particulièrement par les *anatomo-pathologistes*, qui voient au contraire, en pareil cas, la nécessité d'une lésion matérielle, soit du côté de l'encéphale, soit du côté du poumon, soit du côté du cœur, pour expliquer ces immenses accidents : ce que résume et expose à peu près le paragraphe suivant. « Quand la mort est subite, sa cause réside nécessairement dans les organes centraux qui président aux conditions fondamentales de la vie, dans le cœur, le poumon, le cerveau. Par suite d'une détérioration quelconque, survenue tout-à-coup dans ces organes, ils ont cessé de dispenser le sang artériel et l'innervation nécessaire à toute vie et toutes les autres parties privées tout-à-coup, au milieu de l'exercice de leurs fonctions, de ces deux influences, ont dû s'arrêter immédiatement. Telles sont les morts par *asphyxie*, par *rupture d'un anévrysme du cœur*, par *apoplexie foudroyante*. Jadis ces morts étaient toutes confondues sous le nom unique de *morts subites.* »

Selon Cullen, les différents degrés d'excitement de l'organisme sont suivis d'un degré de collapsus qui leur est proportionné. Ainsi, ajoute-t-il, les transports imprévus de joie ont quelquefois donné tout-à-coup la mort, en produisant un degré d'excitement considérable qui a été suivi d'un collapsus total. Aussi a-t-on vu la mort survenir pendant les spasmes causés par l'acte vénérien.

Morgagni attribuait particulièrement les morts subites à l'apoplexie, à la syncope et à la suffocation, ou, comme il l'exprime encore, à la paralysie du cerveau, à celle du cœur ou à celle des poumons.

Enfin dans un mémoire sur la mort subite, lu à l'Académie de médecine (1), par M. le docteur Alphonse Devergie, se trouvent entre autres considérations les suivantes :

« Les morts subites peuvent survenir, ainsi que l'a énoncé Bichat, par le cerveau, par les poumons et par le cœur. De la trois grandes divisions principales ; mais chacun de ces organes n'est pas toujours affecté isolément. Ainsi la mort subite par le cerveau seul est rare. Elle est plus fréquente quand la cause de la mort a son siége dans le cerveau et dans la moelle ; elle est plus commune encore lorsque les poumons et le cerveau concourent ensemble à l'extinction de la vie. Les morts subites par les poumons seuls sont les plus communes, tandis que la mort par le cœur serait la plus rare. Sur quarante cas de mort subite, cette dernière n'a été rencontrée que trois fois par M. Devergie ; vingt-quatre fois la mort avait eu lieu également soit par les poumons seuls, soit par les poumons et le cerveau. Dans quatre cas elle avait eu lieu par le cerveau seul, et dans trois par la moelle et le cerveau. Enfin le nombre de quarante se trouve complété par quatre cas d'hémorrhagies, soit par le cœur, soit par la rupture de gros vaisseaux, soit par une exhalation sanguine ayant son siége dans l'estomac.

Quand la mort survient sous l'influence d'une congestion, c'est parce que celle-ci met le tissu de l'organe dans l'impossibilité de remplir ses fonctions. Voilà pour l'influence exercée mécaniquement sur le tissu des principaux organes de l'économie. Si donc une autre cause venait placer le tissu des organes principaux de la vie dans l'impossibilité d'agir, la mort n'en devrait-elle pas aussi être une conséquence directe? C'est en effet ce que produit le défaut d'innervation à l'égard du cœur ; c'est ce que produit la commotion ou la compression de cet organe ou du cerveau. Ce défaut d'innervation à l'égard du cœur peut avoir lieu sous une influence morale, comme sous une influence mécanique, et par conséquent la mort par le cœur, ou la mort par syncope est toujours aussi admis-

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. XX, p. 145.

sible, comme mort accidentelle, que la mort par commotion du cerveau.

En résumé on ne peut se refuser d'admettre que dans des circonstances rares et exceptionnelles, si l'on veut, de grandes et fatales perturbations fonctionnelles ne puissent surgir, pour ainsi dire, d'une manière essentielle, exemptes d'altérations organiques ou même sans produire de lésions; qu'en un mot chez les enfants, comme chez les adultes et chez les vieillards, les fonctions d'organes nécessaires à la vie ne puissent se trouver tout à coup suspendues, le matériel de ceux-ci restant intact.

Les principales indications thérapeutiques, quand la mort n'est pas tellement subite qu'elle ne mette depuis quelques minutes, jusqu'à un quart d'heure à s'opérer, sont de dégorger par une émission sanguine l'organe congestionné, de produire une puissante révulsion vers les extrémités inférieures, ou de chercher à modifier localement ou généralement l'état de l'innervation, au moyen de stimulants diffusibles.

FIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

ns le temps écoulé entre la sor-
expulsion des épaules.

aux nœuds, je ferai observer
mais rencontrés sur les cordons
que ne croit pas qu'ils puissent
sur la vie, et il se fonde sur
d'enfans venus au monde sains
avec des nœuds au cordon.
possible que ces faits soient ex-
ellie assure avoir reçu des en-
éfiés, qui présentoient un nœud
et et d'autres accoucheurs ont
ervations semblables. Pourquoi,
triction forte d'un nœud, n'in-
pas le cours du sang dans le cor-

*ombilical s'insère-t-il toujours au
fétale du placenta?*

paroît s'insérer le plus souvent
lacenta, quelquefois il semble
e cette masse : comme la forme
semble alors en quelque sorte à
uette, on le nomme aussi *pla-
le.*

SECTION V.

membranes du fœtus.

les membranes qui enveloppent

qu'elles se dé
et laissent éch
qu'elles conti
temps aux co
premier cas,
chement plus
retardée, mêm
trop bonne he
sent échapper
matrice ne so
vail en sont en
lement plus l
que les femme
couchement s

Lorsque le
non-seulemen
mières contra
chirent dès le
chement, mai
s'ouvrent avan
cun effort de
sorte que l'ac
fait prématuré

D. *Quelle e*

mêlé dans le sinus de la vein
que cette veine reçoit d'aille
veine-cave inférieure, au mo
neux et des veines hépatiqu
porté, conjointement avec l
de tout le bas-ventre et des ext
dans l'oreillette gauche du
trou de Botal; tandis que la ve
verse dans l'oreillette droite ce
de la tête et des extrémités s

Le sang de l'oreillette droite
le ventricule du même côté
tour dans l'artère pulmonair
branche, connue sous le no
se rend dans l'aorte inférie
partie de ce sang traverse le
à l'oreillette gauche par les
l'autre partie, qui est la p
transmise dans l'aorte infé

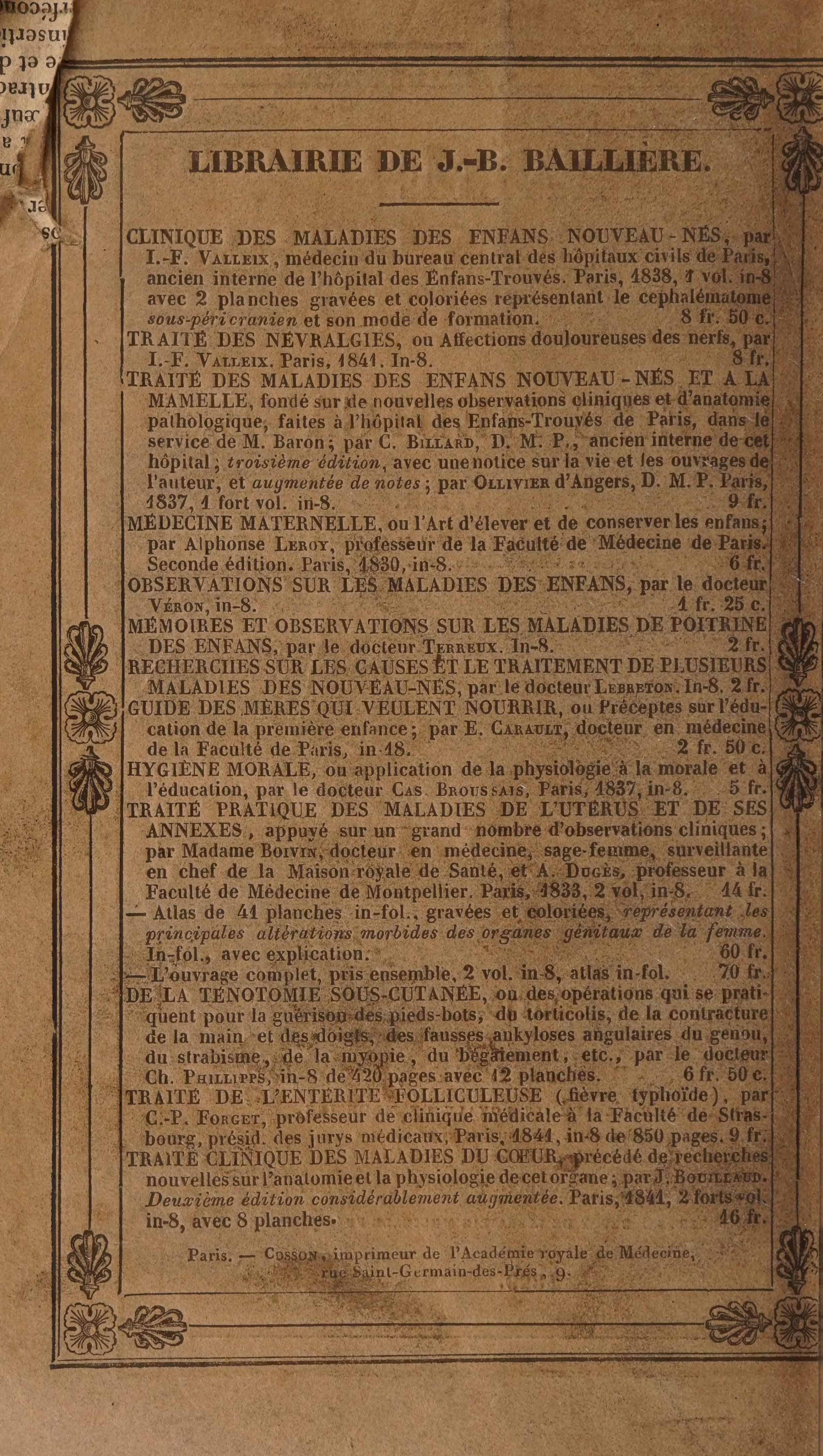
leur pâle, ver-
ssâtre ou blan-
et d'une odeur

aux?

t pas le même
il n'en existe
tres fois il s'en
et même plus.
ne de l'enfant,
é dans les deux
sesse que vers
ens de cet en-
derniers temps

de l'amnios?

ière de rosée,
et paroissent



Paris. — COSSON, imprimeur de l'Académie royale de Médecine, rue Saint-Germain-des-Prés, 9.